

دفتر حفاظت منافع جمهوری اسلامی ایران - واشنگتن

EMBASSY OF PAKISTAN

INTERESTS SECTION OF THE ISLAMIC REPUBLIC OF IRAN

2209 WISCONSIN AVENUE N.W. WASHINGTON, DC 20007, TEL:(202)965-4990 -4 , FAX: (202)965-1073

WWW.DAFTAR.ORG Email Address: REQUESTS@DAFTAR.ORG

ویزای J-1

جهت فارغ التحصیلان (دوره تخصصی و فوق تخصصی پزشکی) که نیاز به دریافت ویزای J-1 دارند، پس از تکمیل و ارسال مدارک مورد نیاز مجوز لازم از سوی این نمایندگی صادر خواهد شد.

مدارک مورد نیاز:

- ۱- تصویر ۸ صفحه اول گذرنامه معتبر ایرانی
- ۲- تصویر ویزای آمریکا
- ۳- موافقت نامه (انگلیسی) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - معاونت امور دانشجویی در رشته تخصصی مربوطه
- ۴- تکمیل فرم شماره یک
- ۵- تکمیل پرسشنامه ۱۱۱ (پشت صفحه)
- ۶- هزینه (به فهرست هزینه خدمات کنسولی فرم شماره ۶۰۰ ردیف شماره ۲۳ رجوع فرمائید).

تبصره: در مورد متقاضیان خارج از کشور آمریکا، نیاز به ارسال مدرک بند دو نمیباشد.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - معاونت امور دانشجویی

تهران - خیابان ولی عصر - مقابل پارک ساعی - کوچه آبخار - شماره ۷۵ (ساختمان شماره ۶)

شماره تلفن: ۸۸۸-۹۶۳۸ (۲۱)

شماره نمابر (فاکس): ۸۸۸-۹۶۴۴ (۲۱)

دفتر حفاظت منافع جمهوری اسلامی ایران - واشنگتن

EMBASSY OF PAKISTAN

INTERESTS SECTION OF THE ISLAMIC REPUBLIC OF IRAN

2209 WISCONSIN AVENUE N.W. WASHINGTON, DC 20007, TEL:(202)965-4990 -4, FAX: (202)965-1073

WWW.DAFTAR.ORG Email Address: REQUESTS@DAFTAR.ORG

پرسشنامه و تعهدنامه جهت تقاضای ویزای J-1

نام خانوادگی:	نام پدر:	نام مادر:
تاریخ تولد: روز / ماه / ۱۳	محل تولد:	شماره شناسنامه:
محل صدور شناسنامه:	شماره گذرنامه:	محل صدور گذرنامه:
تابعیت: <input type="checkbox"/> نوع ویزا: <input type="checkbox"/> تابعیت، <input type="checkbox"/> کارت سبز، <input type="checkbox"/> دانشجویی، <input type="checkbox"/> غیره،		
نام و آدرس دانشگاهی که از آن فارغ التحصیل شده اید: (لطفاً به انگلیسی و کامل نوشته شود).		
Name of University:		
Street:	City:	State: Zip Code:
Phone: () - - - -	E-Mail:	
آدرس دقیق و شماره تلفن محل سکونت خود در آمریکا را بنویسید: (لطفاً به انگلیسی و کامل نوشته شود).		
Street: City: State: Zip Code:		
Home Phone: () - - - - Work Phone: () - - - - E-Mail:		
نام و آدرس دانشگاه و بیمارستانی که در آن تخصص و یا فوق تخصص خواهید گرفت:		

رشته تخصص مورد علاقه (به انگلیسی):		

شماره پرونده E.C.F.M.G.:		
اینجانب تعهد مینمایم که پس از پایان دوره (تخصصی، <input type="checkbox"/> فوق تخصصی،) جهت خدمت به جمهوری اسلامی ایران مراجعت نمایم و در صورت هرگونه تخلف، مطابق قانون با اینجانب رفتار شود.		
امضاء: _____ تاریخ: _____		
(محل مهر و امضاء Notary Public)		