

فرم ثبت نام مهمان ترم ۹۶۲

مشخصات فردی			
نام و نام خانوادگی:		نام پدر:	
سال تولد:		محل صدور:	
استان تولد:		شهر تولد:	
بخش تولد:		وضعیت تأهل: مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/>	
جنس: مونث <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/>		شماره شناسنامه همسر:	
نام و نام خانوادگی همسر:		کد ملی همسر:	
ملیت:		دین:	
مذهب:		کد ملی:	
شماره شناسنامه:		آدرس پست الکترونیکی: (با فرمت:@ نام _ نام خانوادگی)	
شماره تلفن همراه دانشجو:		شماره تلفن ثابت:	
پیش شماره استان:		محل سکونت:	
استان:		شهر یا روستا:	
نشانی:		کد پستی:	
معلول:		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
نوع معلولیت:		وضعیت نظام وظیفه:	
مشمول است و دفترچه دارد <input type="checkbox"/>		مشمول است و دفترچه ندارد <input type="checkbox"/>	
معافیت پزشکی یا کفالت <input type="checkbox"/>		معافیت دائم <input type="checkbox"/>	
دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/>		سرباز ترخیصی <input type="checkbox"/>	
مدارک ایثارگری: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>		فرزند شهید <input type="checkbox"/>	
همسر شهید <input type="checkbox"/>		همسر آزاده <input type="checkbox"/>	
برادر یا خواهر شهید <input type="checkbox"/>		فرزند آزاده <input type="checkbox"/>	
جانباز ۷۰ درصد و بالاتر <input type="checkbox"/>		جانباز کمتر از ۲۵ درصد <input type="checkbox"/>	
جانباز ۲۵ تا ۴۹ درصد <input type="checkbox"/>		جانباز ۵۰ تا ۶۹ درصد <input type="checkbox"/>	
رزمند <input type="checkbox"/>		همسر رزمند <input type="checkbox"/>	
فرزند رزمند <input type="checkbox"/>		فرزند رزمند <input type="checkbox"/>	
شاغل: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		سابقه کار:	
شغل:		نام شرکت، مؤسسه یا سازمان:	
تلفن محل کار:		سال	
نشانی محل کار:		ماه	

اینجانب صحت اطلاعات فوق را تایید کرده و در صورت اثبات عدم تطابق این اطلاعات عواقب آن را می پذیرم.

امضاء: