



دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی تهران
معاونت آموزشی

" فرم مخصوص ثبت و نگهداری سوابق اطلاعات دانشجویان شاهد و ایثارگر "

الف - اطلاعات فردی:

نام:	تاریخ تولد:
نام خانوادگی:	محل تولد:
شماره شناسنامه:	تلفن همراه دانشجو:
کد ملی:	تلفن همراه والدین:
نام پدر:	تلفن منزل:
جنسیت: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد	شماره تماس ضروری:
وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد	شماره همراه شبکه مجازی:
آخرین مدرک تحصیلی:	رشته تحصیلی:

ب - اطلاعات دانشجویی

رشته قبولی جدید:	مقطع قبولی:
کادر روبرو توسط دانشگاه تکمیل می گردد: ←	رتبه در سهمیه: رتبه بدوم سهمیه: تراز کنکور:
سال ورود به دانشگاه: / / <input type="checkbox"/> نیمسال اول <input type="checkbox"/> نیمسال دوم	نام دانشگاه محل تحصیل:
	<input type="checkbox"/> بومی <input type="checkbox"/> غیربومی

ج - اطلاعات ایثارگر

نام و نام خانوادگی شاهد و ایثارگر:	کد ایثار:
نسبت با ایثارگر:	درصد و نوع ایثارگری:
آیا ایثارگر در قید حیات است: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	در صورت فوت تاریخ فوت:
استان محل پرونده:	شهر/اداره/ منطقه:
شماره حساب بانک ملی سیبا(شخص دانشجو):	

آدرس محل سکونت:

--