



بسمه تعالی
دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی لارستان
فرم مشخصات دانشجوی

سال تحصیلی:

ورودی مهر/بهمن:

رشته:

شماره دانشجویی	سن پدر	
نام و نام خانوادگی	تلفن همراه پدر	
شماره شناسنامه	تلفن منزل پدر باکد شهر	
شماره ملی	تلفن محل کار پدر	
تاریخ تولد	نام نام خانوادگی مادر	
ملیت	شغل مادر	
تابعیت	آدرس محل کار مادر	
قومیت	تلفن محل کار مادر	
دین	تلفن همراه مادر	
مذهب	نام و نام خانوادگی برادر	
خانواده شاهد	آدرس محل کار برادر	
ایثارگر	تلفن محل کار و منزل برادر	
جانباز (درصد قید شود)	تلفن همراه برادر	
خانواده جانباز (درصد قید شود)	نام و نام خانوادگی خواهر باکد شهرستان	
وضعیت تاهل	آدرس محل کار خواهر	
محل تولد	تلفن محل کار و منزل خواهر باکد شهرستان	
آدرس محل سکونت (کد پستی الزامی است)	تلفن همراه خواهر	
تلفن منزل باکد شهرستان	نام و نام خانوادگی و نسبت یکی از نزدیکان	
تلفن همراه	آدرس منزل	
آدرس پست الکترونیکی	آدرس محل کار	
نام پدر	تلفن همراه	
شغل پدر	تلفن منزل باکد شهر	
آدرس محل کار پدر	نام و شماره تلفن یکی از دوستان نزدیک خود	

نام و نام خانوادگی
تاریخ
امضا

مشخصات فوق مورد تایید است