



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش
معاونت دانشجویی، فرهنگی
فرم مشخصات فردی

شماره دانشجویی:

رشته تحصیلی:

نام:

تاریخ صدور:

نام خانوادگی:

شهر محل تولد:

نام پدر:

استان محل تولد:

جنسیت: مرد زن

تاریخ تولد:

شماره شناسنامه:

تابعیت:

کد ملی:

دین:

سریال شناسنامه:

مذهب:

شهر محل صدور:

وضعیت تاهل: مجرد متاهل تاریخ ازدواج: بیمه درمانی:

استان محل صدور:

وضعیت نظام وظیفه: معافیت تحصیلی معافیت نوع پایان خدمت سهمیه قبولی در کنکور:

آدرس دائمی محل سکونت:

تلفن ثابت:

تلفن همراه:

کد پستی:

نام یک نفر از نزدیکان شما که هنگام بروز سانحه یا در مواقع اضطراری بتوان با ایشان تماس گرفت، با ذکر مشخصات ذیل قید فرمایید:

نام:

نام خانوادگی:

نسبت فامیلی:

تلفن منزل:

تلفن محل کار:

تلفن همراه:

آدرس محل اقامت:

فرزند شهید

شماره پرونده ایثار گری:

وضعیت ایثار گری: فرزند جانباز 25% به بالا درصد جانبازی:

فرزند آزاده

محل بایگانی پرونده ایثار گری: استان:

شهر: