



شماره دانشجویی :

دستور اسلامی

دندان‌پزشکی درمانی سری

نام خانوادگی : نام :	نام پدر شماره شناسنامه تاریخ تولد چندمین فرزند خانواده هستید : وضعیت جسمانی : سالم <input type="checkbox"/> معلول <input type="checkbox"/> نوع معلولیت درصد معلولیت سهمیه ثبت نامی کد ملی استان تولد : شهر : بخش : میزان درآمد : مقدار داشتی متقدار داشتی نوع سکونت : همراه والدین <input type="checkbox"/> منزل شخصی دارم <input type="checkbox"/> همراه اقوام اقامت دارم <input type="checkbox"/> دارای منزل اجاره ای هستم <input type="checkbox"/> قبلا ساکن خوابگاه بوده ام <input type="checkbox"/> متقاضی خوابگاه هستم <input type="checkbox"/> از خانه سازمانی استفاده میکنم <input type="checkbox"/> آدرس و تلفن و کد پستی محل سکونت : شماره تلفنی که بشود با خانواده شما تماس فوری گرفت : تلفن ثابت : کد : آدرس پست الکترونیکی (E mail) آیا قبلا تحصیلات دانشگاهی داشته اید ؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> رشته : مقطع : دوره : نام دانشگاه : تاریخ فراغت از تحصیل : سهمیه قبولی دوره قبلی : بدھی به صندوق رفاه : نوع تامین مخارج والدین <input type="checkbox"/> شخصی <input type="checkbox"/> کمک هزینه دریافت میکنم بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تحت پوشش کمیته امداد <input type="checkbox"/> تحت پوشش سازمان بهزیستی <input type="checkbox"/> راتبه قبولی در کنکور : آیا رشته خود را با علاقه انتخاب کرده اید ؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> از چندمین اولویت خود قبول شده اید ؟ در صورت وجود کار در دوران تحصیل مایل به کار هستید ؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> احتمال می دهد کمادیک از تلاکشم بریز در دوران پیش از ممکن است برای شما پیش بیاید ؟ اجتماعی <input type="checkbox"/> اقتصادی <input type="checkbox"/> روحی عاطفی <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/> وضعیت نظام وظیفه : مشمول <input type="checkbox"/> معافیت پزشکی <input type="checkbox"/> معافیت کفالت <input type="checkbox"/> کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> سال اخذ دپلم : معدل دپلم : گروه آزمایشی : شماره داوطلبی : زبان خارجی : انتقالی با استفاده از تسهیلات فرزندان هیئت علمی هستید ؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> میزان تحصیلات : درآمد ماهیانه : میزان تحصیلات : درآمد ماهیانه : شغل پدر : شغل مادر : در صورت فوت پدر سرپرست خانواده شما چه کسی است ؟ درآمد ماهیانه ایشان ریال میانگین تقریبی درآمد ماهیانه خانواده : ریال اینجانب فرزند شهید <input type="checkbox"/> جانباز <input type="checkbox"/> خانواده شهدا و مفقودین <input type="checkbox"/> متقدار داشتی نیستم <input type="checkbox"/> آیا قهرمان ورزشی هستید ؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام رشته شهر آیا در رشته هنری خاصی فعالیت دارید و در این زمینه مقامی کسب کرده اید ؟ لطفاً مدارک را پیوست کنید نام رشته شهر
-------------------------------------	---