

ه: وضعیت شغلی

۱- فاقد شغل <input type="checkbox"/>	۲- شاغل <input type="checkbox"/>	نام اداره / موسسه / سازمان:
منطقه:	شهر:	استان:
آدرس محل کار:	پست سازمانی:	تلفن محل کار:

و: سایر اطلاعات شخصی

۱- وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متاهل (شغل همسر: _____)	تعداد فرزندان: _____
۲- تعداد افراد تحت تکفل: _____	۳- شغل پدر: _____
۴- شغل مادر: _____	۵- تعداد برادر و خواهر: _____
۶- آدرس محل سکونت والدین (خانواده) دانشجوی: _____	۷- کد پستی: _____
۸- تلفن و کد مربوطه: _____	۹- تلفن همراه پدر: _____
۱۰- تلفن همراه مادر: _____	۱۱- آدرس محل سکونت فعلی دانشجوی: _____
۱۲- کد پستی: _____	۱۳- تلفن و کد مربوطه: _____
۱۴- تلفن همراه دانشجوی: _____	۱۵- تلفن تماس مواقع ضروری: _____
بنام: _____	کد شهرستان: _____
نسبت با دانشجوی: _____	۱۶- آیا خانواده شما تحت پوشش سازمان های حمایتی می باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>
شماره پرونده: _____	نام سازمان: _____
سایر (با ذکر نام): _____	کمپته امداد امام <input type="checkbox"/> بهزیستی <input type="checkbox"/>

اینجانب متعهد می شوم در صورت تغییر نشانی آدرس محل سکونت جدید را سریعاً به اداره آموزش مرکز اعلام نمایم.

نام و نام خانوادگی:

امضا:

تاریخ: