

فرم مخصوص دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه علوم کشاورزی و منابع طبیعی خوزستان



مشخصات فردی	نام:	نام خانوادگی:		
	نام پدر:	کد ملی:		
	تاریخ تولد:	روز:	ماه:	سال:
	محل تولد:	محل صدور شناسنامه:		
	شماره شناسنامه:	کد ملی:		
وضعیت تحصیلی	مقطع تحصیلی:	<input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> دکتری <input type="checkbox"/> سال ورودی: <input type="checkbox"/> نیمسال <input type="checkbox"/> ۱ <input type="checkbox"/> ۲		
	رشته:	گرایش:		
وضعیت شغلی	متقاضی وام تحصیلی:	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر		
	ترم های مشروطی:	شماره دانشجویی:		
وضعیت ایثارگری	شاغل در بخش دولتی	<input type="checkbox"/> شاغل در بخش خصوصی <input type="checkbox"/> شاغل به تحصیل <input type="checkbox"/>		
	شغل آزاد	عنوان شغل:		
نشانی	محل اشتغال:	تلفن محل کار:		
	فرزند شهید	<input type="checkbox"/> همسر شهید <input type="checkbox"/> برادر شهید <input type="checkbox"/> خواهر شهید <input type="checkbox"/> جانباز <input type="checkbox"/>		
نشانی	همسر جانباز	<input type="checkbox"/> فرزند جانباز <input type="checkbox"/> آزاده <input type="checkbox"/> همسر آزاده <input type="checkbox"/> فرزند آزاده <input type="checkbox"/>		
	رزمنده	<input type="checkbox"/> همسر رزمنده <input type="checkbox"/> فرزند رزمنده <input type="checkbox"/>		
نشانی	درصد جانبازی:	<input type="text"/> مدت اسارت: <input type="text"/> مدت حضور در جبهه: <input type="text"/>		
	استان:	شهرستان:		
نشانی	کد پستی:	خیابان:		
	شماره همراه:	تلفن ثابت:		
نشانی	شماره همراه پدر:	کد شهر:		
	تاریخ تکمیل فرم:	امضاء:		
نشانی	پلاک:	کوچه:		
		پلاک:		