

فرم اطلاعات دانشجویان شاهد و ایثارگر پردیس شهید بهشتی هرمزگان (برادران)

شماره دانشجویی	<input type="text"/>	ورودی (سال تحصیلی)	<input type="text"/>
نام:	<input type="text"/>	دوره تحصیلی (کارشناسی پیوسته) روزانه	<input type="checkbox"/> شبانه <input type="checkbox"/>
نام خانوادگی:	<input type="text"/>	رشته قبولی:	<input type="text"/>
نام پدر:	<input type="text"/>	شماره شناسنامه:	<input type="text"/>
نوع ایثارگری:			
شاهد	<input type="checkbox"/>	جانباز بالای ۵۰٪	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	جانباز ۲۵٪ تا ۵۰٪	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	جانباز ۲۵٪	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	جانباز ۱۵٪ تا ۲۵٪	<input type="checkbox"/>
خانواده شهدا	<input type="checkbox"/>	آزاده	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	رزمنده	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	عضو سپاه	<input type="checkbox"/>
تاریخ ثبت پرونده ایثارگری	<input type="text"/>	تاریخ گواهی ایثارگری	<input type="text"/>
شماره ایثارگری	<input type="text"/>		
واحد ذیربط ایثارگری	<input type="text"/>	شماره پرونده بنیاد	<input type="text"/>
آدرس بنیاد تحت پوشش	<input type="text"/>		
شماره تلفن بنیاد تحت پوشش	<input type="text"/>		

نسبت با ایثارگر	<input type="text"/>	نام و نام خانوادگی ایثارگر	<input type="text"/>
استان محل پرونده	<input type="text"/>	میزان کمک دریافتی در مورد ایثارگر	<input type="text"/>

درصد جانبازی	<input type="text"/>	مدت اسارت (ماه)	<input type="text"/>	مدت حضور در جبهه (ماه)	<input type="text"/>
شماره تماس سرپرست دانشجوی ایثارگر	<input type="text"/>				

اینجانب متعهد می شوم که اطلاعات فرم فوق صحیح بوده درغیراینصورت کلیه عواقب

آن برعهده خودم خواهدبود.

تاریخ تکمیل فرم: / / ۱۳

نام و نام خانوادگی دانشجو

امضاء و اثرانگشت

