

بسمه تعالی

فرم عضویت در کانون‌های همیاران سلامت دانشگاه ایلام

نام و نام خانوادگی:

نام پدر:

تاریخ تولد:

محل تولد:

شماره شناسنامه:

کد ملی:

شماره دانشجویی:

رشته تحصیلی:

مقطع تحصیلی:

دانشکده محل تحصیل:

معدل کل:

معدل نیم سال قبل: /

وضعیت تأهل: مجرد

متأهل

د عضویت:

شماره تماس ثابت:

شماره تماس همراه:

شماره تماس اضطراری:

نشانی محل سکونت (خوابگاه):

نشانی محل سکونت منزل:

Email:

چرا می‌خواهید عضو کانون شوید؟

نحوه ی آشنایی شما با کانون همیاران سلامت دانشگاه چگونه بوده است؟

دوستان و همکلاسان: برنامه‌های اجرائی کانون: تبلیغات مرکز مشاوره و کانون: سایر:

در صورتی که سوابق عضویت در مراکز دیگر را دارید، نام و عنوان فعالیت خود را اعلام نمایید.

اگر موارد پیشنهادی در مورد فعالیت کانون به ن

نظرتان می‌رسد، قید نمایید.

روزها و ساعات همکاری با کانون را اعلام نمایید.

ساعت همکاری بعداز ظهر	ساعت همکاری صبح	روز
		شنبه
		یکشنبه
		دوشنبه
		سه شنبه
		چهارشنبه
		پنج شنبه