



فرم ثبت مشخصات دانشجویان شاهد و ایثارگر  
مدیریت امور دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

الف - مشخصات فردی :		
نام خانوادگی:	نام:	
تاریخ تولد:	نام پدر:	
شماره شناسنامه:	شماره دانشجویی:	
محل تولد:	کد ملی:	
محل صدور:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	
مذهب:	دین:	
تعداد فرزندان:	وضعیت تاهل :	
نوع دیپلم:	معدل کتبی دیپلم:	
کد پستی:	معدل کل دیپلم:	
تلفن همراه:	تلفن ثابت:	
آدرس الکترونیکی:		
آدرس محل سکونت		
شماره شبا بانک.....:		
ب - مشخصات دانشجویی:		
رشته تحصیلی:	دانشکده:	
نیمسال شروع به تحصیل:	سال قبولی:	
رتبه کنکور بدون سهمیه:	رتبه کنکور با سهمیه:	
کد ایثارگری:	تراز کنکور:	
سهمیه ورودی: <input type="checkbox"/> فرزند شهید <input type="checkbox"/> فرزند آزاده <input type="checkbox"/> فرزند جانباز ۷۰٪ <input type="checkbox"/> فرزند جانباز ۵۰٪ تا ۶۹٪ <input type="checkbox"/> فرزند جانباز ۲۵٪ تا ۴۹٪ <input type="checkbox"/> فرزند جانباز <input type="checkbox"/>		
دانشگاه مبدا:	انتقالی	بومی
رشته فعلی:	رشته قبولی:	تغییر رشته:

مدارک مورد نیاز :

- ۱- کپی کارت جانبازی (پشت و رو)
  - ۲- کپی شناسنامه دانشجو
  - ۳- کپی کارت ملی دانشجو (پشت و رو)
  - ۴- عکس ۴\*۳ (یک قطعه)
- تاریخ تکمیل فرم :  
امضا :