



عکس

فرم ثبت نام مشاوره و سلامت روان

| | | |
|---------------------|-----------------------------|------------------------------|
| نام : | | |
| نام خانوادگی : | | |
| کد ملی : | | |
| تاریخ تولد : ۱۳ / / | | |
| جنسیت : | <input type="checkbox"/> زن | <input type="checkbox"/> مرد |
| وضعیت تاهل : | | |
| محل تولد : | محل صدور شناسنامه : | سریال شناسنامه : |
| شماره شناسنامه : | وضعیت نظام وظیفه : | |
| دین / مذهب : | شغل : | محل کار : |

مشخصات تحصیلی:

| | |
|---------------------|--|
| رشته تحصیلی : | شماره دانشجویی: |
| نام دانشکده : | نوع سهمیه: منطقه ۱ <input type="checkbox"/> منطقه ۲ <input type="checkbox"/> منطقه ۳ <input type="checkbox"/> ایثارگر <input type="checkbox"/> آزاد <input type="checkbox"/> |
| رتبه در سهمیه : | بومی <input type="checkbox"/> غیر بومی <input type="checkbox"/> معدل دیپلم : |
| رشته تحصیلی دیپلم : | نوع سکونت : خوابگاه <input type="checkbox"/> شخصی <input type="checkbox"/> استیجاری <input type="checkbox"/> |

مشخصات خانوادگی:

| | | | |
|-----------------------|---------------|----------------|------------------------------|
| نام پدر : | شغل : | میزان تحصیلات: | شماره همراه: |
| نام مادر : | شغل : | میزان تحصیلات: | شماره همراه: |
| نام همسر : | شغل : | میزان تحصیلات: | شماره همراه: |
| تعداد اعضای خانواده : | تعداد خواهر : | تعداد برادر : | چندمین فرزند خانواده هستید : |

مشخصات دونفر از آشنایان که می توان در صورت ضرورت با آنها تماس گرفت.

| | | |
|----------------------|--------|---------------------|
| نام و نام خانوادگی : | نسبت : | شماره تماس و آدرس : |
| نام و نام خانوادگی : | نسبت : | شماره تماس و آدرس : |

کد پستی :

ایمیل :

شماره همراه :

شماره تلفن :

آدرس کامل :

امضاء

اگر مهارت خاصی دارید و یا علاقه مند به همکاری با اداره مشاوره و سلامت روان هستید ذکر نمایید.