

بِسْمِ تَعَالَى



دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی خراسان شمالی

فرم مشخصات محل سکونت دانشجویان

دانشجویان گرامی خواهشمند است به منظور تکمیل اطلاعات پرونده دانشجویی موارد خواسته شده را به دقت تکمیل نموده و به کارشناس محترم دانشجویی و فرهنگی دانشکده تحویل نمایید.

مشخصات فردی دانشجو:

نام و نام خانوادگی:

نام پدر:

شماره ملی:

شماره دانشجویی:

رشته تحصیلی:

مقطع تحصیلی:

آدرس دانشجو:

آدرس محل سکونت والدین:

استان:

شهر:

خیابان اصلی:

خیابان فرعی:

کوچه:

پلاک:

طبقه:

شماره تلفن ثابت:

شماره همراه:

آدرس محل سکونت دانشجو در شهر محل تحصیل:

استان:

شهر:

خیابان اصلی:

خیابان فرعی:

کوچه:

پلاک:

طبقه:

شماره تلفن ثابت:

شماره همراه:

اینجانب

به شماره دانشجویی

صحت اطلاعات مندرج در این فرم را

تایید نموده و متعهد می‌شوم در صورت هرگونه تغییر آدرس مراتب را به مدیریت دانشجویی دانشگاه به صورت مکتوب اعلام نمایم.

تاریخ:

امضاء