

بسمه تعالی

فرم ثبت نام دانشجویان جدیدالورود

جمهوری اسلامی ایران  
وزارت علوم تحقیقات و فناوری  
دانشگاه فنی و حرفه ای  
آموزشکده فنی و حرفه ای شهید رجایی قوچان



محل الصاق عکس

**دانشجویان عزیز لطفا تمامی موارد خواسته شده را دقیق و خوش خط با خودکار آبی و بدون هیچگونه تاخوری مطابق مدارک پر کنید در صورت هر گونه اشتباهی تمامی عواقب آن به عهده شخص دانشجو میباشد**

لطفا در این قسمت چیزی قویسید

شماره دانشجو:  کد استاندارد:

نام:	نام خانوادگی
شماره شناسنامه:	شماره ملی:
نام پدر:	محل صدور: محل تولد:
تاریخ تولد:	وضعیت تاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> تعداد فرزندان:

رشته قبول شده در دانشگاه:

وضعیت قبول شده در دانشگاه روزانه  شبانه

دانشجوی اخراجی یا اصرافی دانشگاه های دیگر نمیباشم  میباشم  محل تحصیل قبلی:

دین:	مذهب:	نوع مدرک قبلی: دیپلم فنی و حرفه ای <input type="checkbox"/> دیپلم کار و دانش <input type="checkbox"/>
رشته دیپلم:	تاریخ اخذ مدرک دیپلم / / 13 / / معدل کل / محل اخذ مدرک:	
سهمی:	آزاد (عادی) <input type="checkbox"/> ایشارگران (جانبازان) <input type="checkbox"/> رزمندگان <input type="checkbox"/> شاهد (فرزند شهید) (وجایز بالای 50 درصد) <input type="checkbox"/>	
تاییدیه تحصیلی:	تاریخ / / 13 شماره:	معافیت تحصیلی: تاریخ / / 13 شماره:
وضعیت تمام وظیفه:	دارای دفترچه آماده به خدمت <input type="checkbox"/> معافیت دائم <input type="checkbox"/> دارای وگ تخریص <input type="checkbox"/> مشمول خدمت نیست <input type="checkbox"/>	
وضعیت اشتغال:	خصوصی <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> غیر شاغل <input type="checkbox"/>	دانشجوی بومی (در سطح استان) <input type="checkbox"/> غیر بومی <input type="checkbox"/>
وضعیت بیمه:	دفترچه درمانی دارم <input type="checkbox"/> ندارم <input type="checkbox"/> نوع بیمه: خدمات درمانی <input type="checkbox"/> روستایی و عشایری <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نوع بیمه:	

کشور تابعه:  شهر محل سکونت:

آدرس:  کد پستی:

شماره سوپال شناسنامه:  شماره داوطلبی:

پیش شماره:  تلفن ثابت:  همراه دانشجو:  همراه والدین:

شغل پدر:  شغل مادر:

وضعیت جسمانی: سالم  جانباز  معلول حرکتی  نیمه شنوا  ناشنوا  نیمه بینا  نابینا  سایر نقص عضوها

شماره پرونده:  نام سازمان حمایتی:

تاریخ ثبت نام:  اضاء و اثر انگشت دانشجو: