



دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی تهران

فرم بررسی نیازهای رفاهی دانشجویان

دانشجوی عزیز :

این فرم به منظور جمع آوری آمار و اطلاعات مورد نیاز جهت ارائه خدمات مناسبتر رفاهی به دانشجویان تهیه شده است.

مشخصات تحصیلی :

شماره دانشجویی : نام و نام خانوادگی : نام پدر : شماره شناسنامه :
تاریخ تولد : / / محل صدور : شغل : رشته تحصیلی :
مقطع : وضعیت تأهل : نام و نام خانوادگی همسر : کد ملی : تاریخ تولد : / /

سهمیه قبولی در دانشگاه : مناطق : یک دو سه خانواده شهدا رزمندگان
محل سکونت دائمی خانواده : استان : شهرستان : روستای :
نشانی دقیق سکونت دائمی خانواده :
نوع محل سکونت خانواده : ملکی (شخصی) استیجاری رهن کامل سایر موارد (ذکر کنید).
تلفن ثابت : تلفن همراه :

نشانی دقیق محل کار پدر یا ولی :

مشخصات پدر، مادر، خواهران، برادران و همچنین سایر افرادی که تحت تکفل خانواده هستند.

ردیف	نسبت	نام و نام خانوادگی	سن	شغل	وضعیت تأهل	درآمد ماهیانه	افرادیکه در حال حاضر در جمع خانواده شما هستند با مشخص نمایید
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							

آیا تحت پوشش ارگان خاصی قرار دارید ؟ بلی : کمیته امداد بهزیستی بنیاد شهید بنیاد جانبازان سایر موارد خیر در صورتی که جواب مثبت است میزان مبلغ دریافتی را ذکر نمایید .

لطفاً به این سؤال با دقت پاسخ دهید : شما متقاضی دریافت کدامیک از امکانات زیر می باشید ؟
خوابگاه وام مسکن وام تحصیلی کار دانشجویی هیچکدام

تاریخ تکمیل

امضاء دانشجو

مهر و امضاء مدیر دانشجویی

