



بسمه تعالی

دانشکده علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران شهر

معاونت آموزشی، پژوهشی و تحقیقات

فرم عضویت در کتابخانه مرکزی (ویژه دانشجویان)

مشخصات فردی:

نام:

نام خانوادگی:

نام پدر:

محل تولد:

کد ملی:

رشته تحصیلی:

صادر از:

مقطع:

تاریخ تولد: ۱۳ / /

شماره دانشجویی:

\*جهت تکمیل فرم عضویت داشتن شماره دانشجویی الزامیست.

محل سکونت: استان:

شهرستان:

خیابان:

آدرس محل کار (در صورت شاغل بودن)

شماره تلفن همراه:

شماره تلفن محل کار:

آدرس پست الکترونیکی:

آدرس: استان س وب - شهرستان ایرانشهر- بلوار بلوچ - معاونت آموزشی و پژوهشی و تحقیقات

کد پستی: ۹۹۱۴۷۸۶۱۳۸