

محل الصاق  
عکس



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فسا

به نام خدا

**فرم شماره 1 مشاوره دانشجویی**  
**پرسشنامه اطلاعات فردی دانشجو**  
**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فسا**

دانشکده:	رشته تحصیلی:	سال و ماه ورودی:
شماره دانشجویی:	تاریخ تولد: / / 13	تلفن همراه:
Email:		

شماره شناسنامه:

نام و نام خانوادگی:

جنس:  مرد  زن

استان:

محل تولد:

تعداد فرزندان:

وضعیت تأهل:

ملیت:

مذهب:

تعداد برادران و خواهران:

فرزند چندم خانواده:

آدرس محل سکونت:

شماره تلفن:

-2

تلفن های ضروری: 1-

معدل دیپلم:

محل تحصیل:

کد شهرستان:

منطقه 1 2 3

سال پایان دوره پیش دانشگاهی:

رتبه منطقه ای:

رتبه کشوری:

نوع سهمیه قبول شده:

سابقه انصراف یا تغییر رشته: