



دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

محل الصاق عکس

فرم عضویت در کتابخانه مرکزی (ویژه دانشجویان)

نام خانوادگی: نام پدر: کد ملی:

صادره از: تاریخ تولد: ۱۳ / / محل تولد:

نام و نام خانوادگی به انگلیسی:

رشته تحصیلی: مقطع: دوره:

شماره دانشجویی:

* جهت تکمیل فرم عضویت داشتن یک قطعه عکس ۳*۴ و شماره دانشجویی الزامی می باشد.

محل سکونت: استان: شهرستان/بخش: شهر: یا روستای:

آدرس دقیق محل سکونت:

آدرس دقیق محل کار (در صورت شاغل بودن):

شماره تلفن ثابت محل سکونت (همراه با کد): () شماره تلفن همراه:

آدرس پست الکترونیکی:

* لطفا در این قسمت چیزی نوشته نشود

مهر و امضای آموزش دانشکده

(برای دانشجویان مهمان یا انتقالی)

دانشجوی مهمان برای نیمسال سال تحصیلی

کامل ☐ ناقص ☐

تاریخ ثبت نام: ۱۳۹ / /

شماره عضویت:

(Birthday Date: \ \)

ثبت گردید: ☐

عکس: ☐