

عکس

بسمه تعالی

فرم درخواست گذراندن تعهدات قانونی

به عنوان عضو هیات علمی آموزشی در دانشگاه علوم پزشکی بم

نام پدر:

تاریخ تولد:

کد ملی:

تابعیت:

نام و نام خانوادگی:

محل تولد:

شماره شناسنامه:

مذهب:

نام و نام

وضیت تاهل:

خانوادگی همسر:

شغل و تحصیلات همسر:

وضعیت نظام وظیفه:

رشته تحصیلی:

معدل:

مقطع تحصیلی:

نام دانشگاه فراغت از تحصیل:

تاریخ ورود به تحصیل:

تاریخ فراغت از تحصیل:

طول مدت تحصیل:

نشانی و تلفن محل سکونت:

نشانی و تلفن محل کار:

تلفن همراه:

پست الکترونیک: