مدیریت مرکز مشاوره مبتنی بر سبک زندگی اسلامی ایرانی
Management of the Counseling center Based on Iranian Islamic Lifestyle

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان غربی
معاونت فرهنگی و دانشجویی

بسمه تعالی

فرم ثبت نام دانشجویان جدیدالورود

مدیریت مرکزمشاوره مبتنی برسبک زندگی اسلامی ایرانی ارومیه

نام ونام خانوادگی دانشجو:	شماره دانشجویی:	رشته تحصیلی:	مقطع تحصیلی:
کدملی:	تاریخ تولد: / /	جنسیت: زن ☐ مرد☐	وضعیت جسمانی:
نوع سهمیه قبولی:	شغل:	تلفن همراه:	تلفن ثابت:
نام نام خانوادگی پدر:	شغل پدر:	تلفن همراه پدر:	محل کار:
نام ونام خانوادگی مادر:	شغل مادر:	تلفن همراه مادر:	محل کار:

وضعیت تاهل:مجرد(ازدواج نکرده☐ بیوه ☐ متاهل(نامزد☐ عقدکرده☐ ازدواج کرده☐) تعداد فرزندان.....جنسیت فرزندان باذکر سن.....

وضعیت بومی: بومی(آذربایجان غربی)☐ غیربومی☐ شهر...
وضعیت سکونت:خوابگاهی☐ غیرخوابگاهی☐ (همراه خانواده ☐ خانه مجردی ☐ ویابایکی ازوالدین زندگی میکند ☐)
(درصورت زندگی با یکی از والدین: پدر ☐ مادر ☐)

دانشجو چندمین فرزندخانواده می باشد.تک فرزند ☐
فرزند اول ☐ فرزنددوم ☐ فرزندسوم ☐ و.....

علت جدایی والدین:فوت ☐ طلاق☐ درصورت طلاق یافوت آیا والدین ازدواج مجدد داشته اند؟

نوع بیمه درمانی خانواده:
آیافرزندشما(فرزند دانشجو)به بیماری خاصی مبتلا می باشدکه نیاز به مراقبت ویامصرف مداوم دارو داشته باشد؟
آیا تاکنون تحت عمل جراحی ویاتحت نظرمداوم پزشک قرارگرفته اید؟درصورت بله بودن آن را ذکرنمایید؟

آیاتحت پوشش سازمانهای حمایتی ازجمله بهزیستی.کمیته امداد.بنیادشهید وامورایثارگران هلال احمرویادیگر ارگانها می باشید باذکرنام.....

سرپرست خانوارشمادرحال حاضرکدام عضوخانواده می باشد؟شما ☐ پدر ☐مادر☐برادر☐ پدربزرگ☐ مادربزرگ ☐همسر☐

وضعیت سکونت خانواده:ملکی ☐استیجاری ☐ نشانی محل سکونت خانواده:.....
درصورتی که به همراه پدربزرگ ومادربزرگ ویاسایر اطرافیان دریک منزل ساکن هستیدباذکر نسبت فامیلی بیان نمایید .....
.....

تاریخ تکمیل:

محل امضاء: