

فرم اطلاعات دانشجویان شاهد و ایثارگر

نام و نام خانوادگی :	نام پدر:	شماره ملی:
شماره دانشجویی:	رشته تحصیلی:	تاریخ تولد:
ایمیل:	نسبت با ایثارگر:	
نوع ایثارگری: رزمنده <input type="radio"/> جانباز بالای 50 درصد <input type="radio"/> جانباز بین 25 تا 50 درصد <input type="radio"/> جانباز بین 15 تا 25 درصد <input type="radio"/>		
خانواده شهید <input type="radio"/> آزاده <input type="radio"/> عضو سپاه <input type="radio"/>		
شماره ایثارگری:	تاریخ ثبت پرونده:	تاریخ گواهی ایثارگری:
واحد زیر ربط ایثارگری:	شماره پرونده بنیاد شهید:	
آدرس بنیاد شهید تحت پوشش:		
شماره تلفن بنیاد شهید تحت پوشش به همراه کد :		استان محل پرونده:
میزان کمک دریافتی:	درصد جانبازی:	مدت اسارت به ماه:
مدت حضور در جبهه به ماه:	شماره همراه دانشجوی:	
شمار همراه سرپرست دانشجو:	میزان ماهیانه دانشجو:	
دانشجوی خاص:		