

اطلاعات شخصی مشمولین وظیفه

نام:	تاریخ تولد:	وضعیت تأهل	وضعیت نظام وظیفه
نام خانوادگی:	محل تولد:	مجرد: <input type="checkbox"/>	تاریخ اعزام به خدمت:
نام پدر:	استان:	متاهل: <input type="checkbox"/>	روز <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/>
محل صدور شناسنامه:	شهر:	تاریخ ازدواج:	متقاضی استفاده از کسر خدمت بابت:
شماره شناسنامه:	بخش:	تعداد اولاد:	جانبازی: پدر <input type="checkbox"/> مادر <input type="checkbox"/>
سریال شناسنامه:			حضور در جبهه: پدر <input type="checkbox"/> مادر <input type="checkbox"/>
کد ملی:			بسیج:
جنسیت:			دوره تکمیلی بسیج <input type="checkbox"/> بسیجی فعال <input type="checkbox"/>
دین:			

وضعیت اولاد

نام اولاد:	تاریخ تولد: / / ۱۳	نام اولاد:	تاریخ تولد: / / ۱۳
------------	--------------------	------------	--------------------

مشمول وظیفه [سه میه استثنا]

<input type="checkbox"/> خانواده معظم شهدا (پدر، مادر، خواهر یا برادر)	<input type="checkbox"/> خانواده تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره)
<input type="checkbox"/> خانواده معظم جانبازان (پدر، مادر)	<input type="checkbox"/> خانواده تحت پوشش بهزیستی
<input type="checkbox"/> خانواده معظم مفقودالائرها (پدر، مادر، خواهر یا برادر)	<input type="checkbox"/> معاف از رزم
<input type="checkbox"/> متاهل	

مدرک تحصیلی به ترتیب اخذ

ردیف	مدرک تحصیلی	رشته تحصیلی	تاریخ اخذ	دانشگاه / موسسه محل تحصیل
			۱۳ / /	
			۱۳ / /	
			۱۳ / /	

آدرس محل سکونت:

کد پستی:	تلفن ثابت:	تلفن همراه:
----------	------------	-------------

اینجانب اطلاعات فوق را در مورخ / / ۱۳ تکمیل و صحت آن را تایید می نمایم. امضاء