**فرم درخواست همکاری داوطلبانه با ستاد شاهد و ایثارگر دانشگاه علوم پزشکی اصفهان**

نام و نام خانوادگی: ............................................ رشته تحصیلی: ....................... مقطع: ...................... شماره دانشجویی: ......................... معدل کل تاکنون : .......... وضعیت ایثارگری: ................. وضعیت تاهل: ...............................

آدرس محل سکونت : .........................................................................................................................................................................

تلفن همراه : ....................................................................... ثابت :.............................

تلفن ضروری: ............................

❖ **علاقمند به همکاری در کدام زمینه هستید؟**

همیار دانشجوO امور گرافیکیO نشریهO فتوشاپO فضای مجازیO

مشاوره ورزشیO سایر موارد O...........................................................

تاچه حد در امور فوق خود را توانمند می دانید؟

متوسطO خوب O حرفه ایO

❖**سابقه کار یا اشتغال:** ..............................

❖ سابقه **فعالیت های فوق برنامه**: .............................

**لطفا پس از تکمیل فرم، آنرا به آدرس ایمیل** **shahed@mui.ac.ir** **ارسال فرمائید.**