



فرم درخواست همکاری داوطلبانه با استاد شاهد و ایتارگر 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 دانشجو امور گرافیکی نشریه فتوشاپ فضای مجازی
مشاوره ورزشی سایر موارد

تاچه حد در امور فوق خود را توانمند می دانید؟

❖ سابقه کار یا اشتغال:

❖ سابقه فعالیت های فوق برنامه:

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