

محل چسباندن
عکس

فرم ثبت نام اسپستانت همسفران

تاریخ:

شماره:

اطلاعات فردی:

نام و نام خانوادگی: تاریخ تولد: / / میزان تحصیلات:
 رشته تحصیلی: وضعیت شغلی: نمایندگی:

وضعیت درمان مسافر شما:

آنتی ایکس مصرفی: مدت سفر:
 نام راهنما: مدت رهایی:

وضعیت سیگار:


در حال سفر: مدت سفر: نام راهنما:
 درمان سیگار: نام رهایی از سیگار: نام راهنما:

مسئولیت فعلی:

سوابق خدمت در کنگره ۶۰:

آیا توانایی خدمت در نمایندگی های شهرستانی را دارید: بله: خیر:

آدرس:

تلفن: شماره تلفن همراه: محل امضاء: 

با خدمت نامبرده در نمایندگی موافقت می گردد. دیده بان خانواده