

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:

نمایندگی های پیشنهادی برای فعالیت (تهران و شهرستان ها):

آدرس:

تلفن: شماره تلفن همراه: محل امضاء:

دیدهبان خانواده

با خدمت نامبرده در نمایندگی موافقت می گردد.