



محل الصاق
عکس

فرم ثبت نام اسیستانت 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 نمایندگی‌های شهرستانی را دارید بله خیر

آدرس:

تلفن: شماره تلفن همراه:
امضاء:
محل

با خدمت نامبرده در نمایندگی موافقت می‌گردد.

دیده‌بان خانواده