

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران

فرم کمک هزینه عائله مندی و اولاد کارکنان رسمی

نام خانوادگی:	نام پدر:	تاریخ تولد:	شماره شناسنامه:	محل صدور:					
محل خدمت:	تاریخ ازدواج:	نام خانوادگی همسر:	تاریخ تولد همسر:	شغل همسر:					
اسامی فرزندان تحت تکفل:									
ردیف	نام خانوادگی:	تاریخ تولد:	مجرد	متاهل	مذکر	مونث	وضعیت تحصیل	توضیحات	
آدرس و تلفن محل سکونت:									
نام خانوادگی کارمند رسمی:	نام خانوادگی نماینده رفاهی:	نام خانوادگی رئیس / مدیر واحد	امضا:	امضا:	امضا:				

مدارک لازم: حکم کارگزینی و گواهی اشتغال به تحصیل فرزند ذکور بالای ۲۰ سال