

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام

معاونت آموزشی دانشگاه

فرم ارتباط با دانش آموختگان در سامانه رهگیری

|  |
| --- |
| نام و نام خانوادگی: |
| کدملی: |
| شماره دانشجویی: |
| جنسیت: |
| رشته: |
| مقطع: |
| دانشکده: |
| نیمسال ورود: |
| ملیت: |
| وضعیت تاهل: |
| وضعیت اشتغال: |
| تاریخ تکمیل فرم: |
| نظرات و پیشنهادات: |