



فرم تقاضای عضویت در انجمن صنفی سراسری منتقدان، نویسندگان و پژوهشگران تئاتر

نام و نام خانوادگی:	
استان:	شهر:
تاریخ تولد: روز / ماه / سال	
شماره ملی:	
شماره شناسنامه:	
رشته تحصیلی:	
آخرین مدرک تحصیلی:	
<input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> دکترا <input type="checkbox"/> فوق دکترا	
وضعیت تحصیلی: <input type="checkbox"/> دانشجو <input type="checkbox"/> فارغ التحصیل	
نشانی دقیق محل سکونت:	
تلفن ثابت محل سکونت:	
نشانی دقیق محل کار:	
تلفن ثابت محل کار:	
تلفن همراه:	
نشانی پست الکترونیک (ایمیل):	
بیمه تامین اجتماعی: <input type="checkbox"/> دارم <input type="checkbox"/> ندارم	
در صورت دارا بون، شماره بیمه درج شود:	
بیمه تکمیلی: <input type="checkbox"/> دارم <input type="checkbox"/> ندارم	
در صورت دارا بون، نام شرکت بیمه کننده درج شود:	
نام و امضای متقاضی	تاریخ تکمیل فرم روز / ماه / سال