

اطلاعات مربوطه به مددجویان:			
ردیف	نام و نام خانوادگی پسر/فرزند	نام پدر	نام مادر
۱	دکتر پیغمبر فروزنده		
۲			
۳			
۴			
۵			
۶			
۷			
۸			
۹			
۱۰			
۱۱			
۱۲			
۱۳			
۱۴			
۱۵			
۱۶			
۱۷			
۱۸			
۱۹			
۲۰			
۲۱			
۲۲			
۲۳			
۲۴			
۲۵			

مقداراً درمان تریده و مضره و مضره مهره را در میان ایلام و میان شهرستان قصبه و شاهدی فهد را با آنان  
تخصیص نمودم. پس تو لیلا (۱) من را بنباش و (۲) قیامته، مشنده ۵۵.

آن مطلعه المقص لایتم، می تضم این علائم، می تعلمه المقص	
لیلاهای مرده به ظاهر اتصالهای دیورکار است، از آن هفته و ماهی تکراری.	
نام مادر:	
پر ک اعلام همکاری	
اطلاعات مربوطه به خانواده	
نام:	نام خانوادگی:
کد ملی:	نام پدر:
شمارهٔ شناسنامه:	تاریخ تولد:
شغل:	محل صدور شناسنامه:
جنسيت: <input checked="" type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد	وزیان تحقیقات:
قبل اساقمه همکاری با ستد اکرام ایلام و مسکین استان اربیل	وضیعت تأهل: <input checked="" type="checkbox"/> متاح <input type="checkbox"/> متجرد <input type="checkbox"/> داشتم <input type="checkbox"/> نداشتم
شماره‌های برقراری ارتباط	
تلفن منزل:	تلفن همراه:
تلفن محل کار:	دورنگار:
ادرس کامل پستی برای مکاتبه:	
کد پستی:	.....@.....
آدرس پست الکترونیکی (E-mail): .....	
اعلیه بخوبی این مکتوب، مراتب آماده‌گی خود را برای حمایت از تعداد ... نفر پیش نیازمند و تعداد .... نفر محسین که مشخصات آنها را در ظهر این پرس درج نموده‌ام، اعلام می‌دارم و با استعانت از درگاه خداوند سپاهان، از این پس برای هر یک، مبلغ ..... ریال بعنوان <input checked="" type="checkbox"/> کم هزینهٔ معیشت ماهانه / <input type="checkbox"/> حق بیمهٔ ماهانه عمر و سرمایه‌گذاری، پرداخت خواهم نمود.	
کارکمل: ..... / ..... / ..... ۱۳۹ ..	
اعلان طعن	
مشنده بروکرهای طعنی در این قضیت جزوی موسمده	
نوع طرح: <input checked="" type="checkbox"/> کرام ایتم <input type="checkbox"/> کرام محسین <input type="checkbox"/> اطلاعاتی انتی مدحجه <input type="checkbox"/> تغییض	
نام و نام خواهشی طعنی پرس: ..... / ..... / .....	