فرم همکاری دانشجویان در طرح سردار شهید حاج قاسم سلیمانی

نام دانشکده :

نام و شماره تماس مسئول هماهنگ کننده دانشکده :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام و نام خانوادگی دانشجو | رشته تحصیلی | سال ورود | شماره تماس دانشجو | نوع همکاری | | میزان ساعت /روزانه | بازه زمانی همکاری |
| کارآموزی  ( با ذکر تعداد و احد) | داوطلبانه |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |