ردیف	نام	نام خانوادگی	شماره پرسنلی	کد ملی	تاریخ تولد	سن متقاضی	درصد جانبازی	نقص عضو	منطقه	رشته ورزشی	توضیحات
۱											
۲											
۳											
۴											
۵											
۶											
۷											
۸											
۹											
۱۰											
۱۱											
۱۲											
۱۳											
۱۴											