* + فرم ثبت نام دوره آموزشی

|  |  |
| --- | --- |
| مالکیت شرکت/سازمان : دولتی ⃝ خصوصی ⃝ | نام شرکت/سازمان : |
| تعداد کارکنان شرکت هنگام ثبت نام:  | سال تاسیس:  |
| آدرش شرکت/سازمان (با ذکر نام شهر) |
| نام دوره آموزشی درخواستی:  |
| شماره تماس مستقیم: | نام و نام خانوادگی رابط آموزش:  |
| شماره تلفن همراه: | پست الکترونیکی رابط آموزش:  |
| مشخصات شرکت کنندگان در دوره آموزشی |
| ایمیل | شماره همراه | سمت | سطح تحصیلات | نام و نام خانوادگی |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| تذکرات:1- در صورت تعداد شرکت کنندگان در دوره آموزشی بش از 20 نفر باشد دوره در محل شرکت/سازمان برگزار خواهد شد. 2- برای هر دوره آموزشی فرم جداگانه ای تکمیل شود |
| صحت موارد فوق تایید می‌شود. نام و نام خانوادگی و امضای مسئول آموزش شرکت/سازمان   |