* + 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 | | | | | | |