



مرکز تحقیقات و تعلیمات عالی و بهداشت کار

بیت نام دوره های آموزشی

کد مدرک: TE-F-10
شماره بازنگری: ۰۱

محل
الضاحی عکس

.....

کد ملی:

نام: نام پدر: شماره شناسنامه: جنسیت: مرد زن

تاریخ تولد: مدرک تحصیلی: رشته تحصیلی: شماره ثبت اسناد: محل صدور:

آدرس منزل استان: شهر: خیابان: کوچه: پلاک: منطقه:

تلفن: همراه: کدپستی: سابقه کار: سابقه خدمت در شغل فعلی: قراردادی

• مشخصات شغلی داوطلب: نام شرکت: شغل: شامل: مستقل حق السعی بکیر نوع استخدام رسمی قراردادی

• وضع شغلی: کار پرما مستقل حق السعی بکیر رسمی قراردادی

• مشخصات دوره: عنوان دوره: کد دوره: تاریخ شروع دوره: تاریخ خاتمه دوره: مدت دوره: محل اجرای دوره:

دوره هایی که قبلاً در مرکز گذرانده اید: نام دوره: کد دوره: مدت دوره: سایر دوره ها: نام دوره: کد دوره: مدت دوره: مجری دوره:

تاریخ و امضاء

این قسمت توسط مرکز تکمیل می شود:

• مدارک ضمیمه:

معرفی نامه

عکس ۳×۴

تصویر کارت ملی (پشت و رو)

تصویر آخرین مدرک تحصیلی

تصویر شناسنامه

نام و امضای مسئول ثبت نام: