فرم اسامی و مشخصات ثبت نام کنندگان دوره های آموزشی اداره کل آموزش فنی و حرفه ای

معرفی شده از سوی اداره کل / سمن: ..............

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام** | **نام خانوادگی** | **نام پدر** | **کد ملی** | **شماره تلفن همراه** | نوع گروه هدف | **عنوان دوره آموزشی درخواستی** | **محل مورد نظر برای دریافت آموزش و نام شهرستان** |
| **بهبودیافته** | **خانواده آسیب دیده از اعتیاد** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

توضیح:

\* برای متقاضیان آموزش خارج از مراکز درمانی (ماده 15 و 16) ضمیمه نمودن مدارک لازم مبنی بر اینکه فرد، بهبودیافته و یا یکی از اعضای خانواده آسیب دیده از اعتیاد می باشد الزامی است.