

بسمه تعالی

تاریخ آزمون:

زمان آموزش: از تاریخ ..... تا .....

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون استاندارد ICDL در مرکز تربیت معلم امام خمینی (ره) گرگان

ردیف	منطقه خدمت	نام مرکز آموزش	مهارت	کد پرسنلی	نام و نام خانوادگی	نام پدر	جنسیت		شماره شناسنامه	محل صدور	کد ملی	ساعت آزمون	امضاء داوطلب	نمره آزمون
							مرد	زن						
۱														
۲														
۳														
۴														
۵														
۶														
۷														
۸														
۹														
۱۰														
۱۱														
۱۲														
۱۳														
۱۴														
۱۵														

۱- مسئول مرکز آموزش

۲- کارشناس آموزش نیروی انسانی

۳- رئیس اداره .....

نام ، مهرو امضاء

نام ، مهرو امضاء

نام ، مهرو امضاء