فــرم ثـبـت نـام

کارگاه آموزشی تخصصی مجازی یک روزه با عنوان

**Equipment and Systems Qualification**

چهار شنبه – 09/04/1400

|  |
| --- |
| به: سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانیاز: شرکت / شخص \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_با حضور همکاران معرفی شده به شرح جدول ذیل، موافقت به عمل می‌آید. مهر و امضاء مدیرعامل/ شخص |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ر.** | **نام و نام خانوادگی** | **رشته تحصیلی** | **سمت در شرکت** | **کد ملی** | **شماره موبایل** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

اطلاعات جدول فوق، فقط تایپ شود.

نام کاربری و رمز عبور، قبل از شروع دوره در اختیار افراد ثبت نام شده یا مسئول آموزش شرکت قرار خواهد گرفت.

نام و نام خانوادگی کارشناس آموزش/ مسئول ثبت نام:

شماره تلفن همراه " " " " :