

**فرم شماره ۲- درخواست ارائه آموزش فنی و حرفه ای
ویژه بهبود یافتگان مواد مخدر و خانواده های آسیب دیده از اعتیاد در سال**

| بند ۱: دستگاه متقاضی (صرفا یک گزینه علامت زده شود) | | | | |
|---|--------------------|---------|--------|-------|
| <input type="checkbox"/> اداره زندانها <input type="checkbox"/> اداره بهزیستی شهرستان <input type="checkbox"/> کمپ ها یا سایر NGO ها و مراکز درمان ماده ۱۵ <input type="checkbox"/> مرکز درمان ماده ۱۶ قاجارخیل ساری | | | | |
| نام کمپ یا ngo : <input style="width: 200px;" type="text"/> | | | | |
| بند ۲: نام مرکز آموزش فنی و حرفه ای مجری دوره آموزشی : | | | | |
| بند ۳: عنوان دوره آموزشی مورد تقاضا : <input style="width: 400px;" type="text"/> | | | | |
| کد دوره پورتال : | | | | |
| بند ۴: نام مربی دوره : | | | | |
| بند ۵: اطلاعات افراد (کارآموزان) | | | | |
| ردیف | نام و نام خانوادگی | نام پدر | کد ملی | جنسیت |
| ۱ | | | | |
| ۲ | | | | |
| ۳ | | | | |
| ۴ | | | | |
| ۵ | | | | |
| ۶ | | | | |
| ۷ | | | | |
| ۸ | | | | |
| ۹ | | | | |
| ۱۰ | | | | |
| ۱۱ | | | | |
| ۱۲ | | | | |
| ۱۳ | | | | |
| ۱۴ | | | | |
| ۱۵ | | | | |
| ۱۶ | | | | |
| ۱۷ | | | | |
| ۱۸ | | | | |
| ۱۹ | | | | |
| ۲۰ | | | | |

**نام و نام خانوادگی مسئول شهرستانی دستگاه متقاضی
امضا و مهر**