

فرم شماره ۱

ت اجرای دوره تک پودمان مصوب شورای برنامه‌ریزی آموزشی و درسی علمی-  
کاربردی



	استان
	شهر
	نام متقاضی
	آدرس محل اجرا
	شماره تماس کارشناس رابط

امکانات

و تجهیزات در نظر گرفته شده جهت اجرای تک پودمان ( ) :

کل (مترمربع)	سایر با ذکر نام	محوطه مساحت	آزمایشگاه تعداد و مساحت	کارگاه تعداد و مساحت	کلاس تعداد و مساحت

ردیف	عنوان تک پودمان مصوب درخواستی	گروه	نوع دوره		اعلام نظر واحد استانی
			تمدید*	جدید	
۱					
۲					
۳					

\* برای دوره‌های تمدیدی ارائه گزارش عملکرد ضروری است.

توجه ۱: دوره‌های درخواستی می‌بایست در راستای مأموریت دستگاه متقاضی و ارگان مربوطه باشد.

توجه ۲: لیست مشخصات کامل مدرسان مربوطه ضمیمه گردد.

توجه ۳: تصویر و فیلم نمای کامل بیرون و درون محل اجرای دوره پس از بازدید واحد استانی ضمیمه گردد.

تایید رئیس واحد استانی

تایید رئیس متقاضی اجرای تک پودمان

نام و نام خانوادگی

نام و نام خانوادگی

مهر و امضاء

مهر و امضاء