



فرم درخواست دوره / همکاری

نوع سازمان:						
<input type="checkbox"/> سازمان دولتی	<input type="checkbox"/> سازمان مردم نهاد	<input type="checkbox"/> دانشگاه	<input type="checkbox"/> مدرسه	<input type="checkbox"/> شرکت خصوصی	<input type="checkbox"/> دیگر	<input type="checkbox"/> رسانه
نام سازمان:						
						سمت متقاضی
						وبگاه سازمان
						نام شهر
توضیح مختصری درباره سازمان متقاضی:						

مشخصات فرد متقاضی: (لطفا موارد زیر را با دقت و کامل وارد کنید)			
نام		نام خانوادگی	
شماره تلفن همراه		شماره تلفن ثابت	
آدرس پست الکترونیکی			

تاریخ پیشنهادی دوره / همکاری	
------------------------------	--

عنوان دوره / همکاری	
هدف از برگزاری دوره / همکاری و شرح مختصری درباره دوره / همکاری	