اسم مقدم الطـلــــــــــــب:................................................................................

هاتف خلوي لمقدم الطلب:...............................................................................

ايميل مقدم الطلـــــــــــب:...............................................................................

تاريخ تقديم الطلـــــــــب:..................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| عنوان الدورة |  |
| تاريخ بدء الدورة  |  |
| تاريخ انتهاء الدورة |  |
| أيام انعقاد الدورة | **□ السبت □ الاحد □ الاثنين □ الثلاثاء □ الأربعاء □ الخميس** |
| وقت انعقاد الدورة |  |
| عدد ساعات الدورة |  |
| عدد المشاركين في الدورة |  |
| عدد القاعات المطلوب |  |
| سعة القاعة |  |
| اسم المدرب |  |
| الكليـــة/ الشركة |  |
| احتياجات الدورة (تجهيزات) |  |

رد مركز الاستشارات والتدريب على الطلب: -

□ تأكيد الحجز □ لا يوجد حجز