



Kurum / Kuruluşun;

Adı	
Adresi	
e-Posta Adresi	
Telefon Numarası	

Kurum / Kuruluş Yetkilisinin;

Adı ve Soyadı	
Görevi	
e-Posta Adresi	
Telefon Numarası	

EĞİTİM İÇERİĞİ

(LÜTFEN AŞAĞIDAKİ KUTUCUKLARDAN BİR VEYA BİRKAÇINI İŞARETLEYİNİZ.)

<input type="checkbox"/> Ekip İçi İletişim	<input type="checkbox"/> Amatör Telsizcilik Sınavı Eğitimi	<input type="checkbox"/> Afetlerde İletişim Ve Teknikleri
--	--	---

Eğitim Süresi	
Eğitim Tarihi	
Eğitim Yeri (Eğitim yeriniz yoksa boş bırakınız.)	
Katılımcı Sayısı*	
Eğitimle İlgili Diğer İstekleriniz Varsa Belirtiniz.	

Eğitim tamamlandıktan sonra e-Sertifika istiyor musunuz? Evet Hayır

Eğitim salonunuz var mı? Evet Hayır

Eğitim salonunuz var ise sunum yapılabilmesi için gerekli donanım mevcut mu? Evet Hayır

Yukarıdaki bilgilere dayanarak eğitim alma talebimizi bilgilerinize arz ederiz.

Kurum/Kuruluş Yetkilisinin
Adı ve Soyadı
Kaşe – İmza

*Katılımcı sayısının belli olmadığı durumlarda lütfen tahmini bir sayı belirtiniz.