

YER TAHSİS FORMU



Eğitici Adı Soyadı:

TCKN:

Doğum Tarihi:...../...../.....

Öğrenim Durumu:

Branş:.....

Telefon No: 0(.....).....

KURSUN

Adı:

Kursun Süresi:

Başlama Tarihi:/...../20.....

KURSUN GÜN VE SAATLERİ

GÜNLER	08.00	09.00	10.00	11.00	12.00	13.00	14.00	15.00	16.00	17.00	18.00	19.00	20.00	21.00	22.00
P.tesi															
Salı															
Çarş.															
Perş.															
Cuma															
C.tesi															
Pazar															

Abdullah AYDIN
Müdür