



هيئة تنمية وتطوير المهارات المهنية والتقنية
Technical And Vocational Skills Development Commission

اسم المؤسسة

عنوان المؤسسة	المحافظة
المدينة	اسم الشارع
اسم البرنامج :	

اسم ووظيفة الشخص المعني بالاتصال	البريد الإلكتروني
رقم الهاتف	

سنة	مدة خبرة المؤسسة في ممارسة العملية التدريبية
شهر	

أتعهد بدقة المعلومات المبينة أعلاه

الاسم :

التوقيع :

التاريخ :