

برگ درخواست آزمون مجدد عملی

سال --

مسئول محترم آموزشگاههای آزاد: احتراماً کارآموزان ذیل بعد از برگزاری آزمون کتبی جهت انجام آزمون مجدد عملی ماه بحضور ایفاد می گردد.

نام و نام خانوادگی و امضا درخواست کننده :

تاریخ درخواست:

نام آموزشگاه						
ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره ملی	شماره پرونده شناسه پرداخت (به اسم آزمون دهنده)	تاریخ آزمون کتبی (آنلاین)	رشته
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						

توجه:

صرفاً پرداخت با شماره ملی
آزمون دهنده. لطفاً از ارائه
شماره پرونده و شناسه پرداخت
خودداری کرده و حتماً رسید
پرداخت آنلاین را ضمیمه
فرمائید.

امضا مسئول واحد آموزشگاههای شهرستان همدان

امضا مدیر آموزشگاه

تذکر: لطفاً این برگه را طبق برنامه زمانبندی اعلام شده به صورت تکمیل شده تحویل دهید. در غیر اینصورت مسوولیت جا ماندن کارآموز از آزمون عملی به عهده آموزشگاه می باشد.

(روش پرداخت: معاونت آموزش / پرداخت هزینه دوره های آموزشی / هزینه عملی مجدد)