



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
موسسه آموزش عالی غیر دولتی و غیر انتفاعی حکیمان
فرم ۱: اطلاعات اولیه کارآموزی

اداره آموزش:

اینجانب دانشجوی رشته ورودی معرفی نامه اولیه تایید شرکت را در تاریخ/...../..... از گروه دریافت نموده ام و متعهد می گردم فرم ذیل را پس از مهر و امضاء شرکت حداکثر تا یک هفته پس از حذف و اضافه تحویل گروه نمایم.

مشخصات دانشجو و محل کارآموزی	
نام دانشجو:	نام خانوادگی:
محل کارآموزی:	
آدرس دقیق محل کارآموزی:	
نام سرپرست کارآموزی:	تاریخ شروع کارآموزی:
تلفن محل کارآموزی:	تلفن محل کارآموزی:
روزهای حضور در هفته:	
<input type="checkbox"/> شنبه	<input type="checkbox"/> یکشنبه
<input type="checkbox"/> دوشنبه	<input type="checkbox"/> سه شنبه
<input type="checkbox"/> چهارشنبه	<input type="checkbox"/> پنج شنبه
استاد کارآموزی:	تلفن منزل یا تلفن ضروری کارآموزی:
امضاء دانشجو	مهر و امضاء سرپرست کارآموزی