وزارت نیرو شرکت سهامی آب منطقه ای مرکزی (سهامی خاص)	**فرم تعیین نیاز آموزشی شرکت از تاریخ الی**	**کد فرم : QF-۶۲۰۱** **شماره بازنگری : ۰**

معاون/ مدیر/ رئیس محترم واحد

خواهشمند است پس از دریافت فرم حداکثر بمدت ..... روز آن را تکمیل و به واحد آموزش عودت دهید.

تاریخ و امضاء مدیر دفتر بهبود مدیریت و منابع انسانی

ردیف	**نام همکاران** **نام دوره**								

تاریخ و امضاء