

فرم ثبت نام در دوره آموزشی

ویژه کارکنان موسسات حسابرسی عضو

نام:

نام خانوادگی:

نام موسسه حسابرسی:

نشانی محل کار:

نشانی پست الکترونیکی:

تلفن محل کار:

تلفن همراه:

نام و تاریخ دوره آموزشی مورد درخواست:

شماره و تاریخ فیش واریز مبلغ شهریه:

امضاء:

برای استفاده مرکز آموزش و تحقیقات