

فرم

تاریخ تجدید نظر: ۸۷/۱۰/۱۰

شماره تجدید نظر: ۱

عنوان: اطلاعات مرکز آموزشی متقاضی

الف - مشخصات عمومی

نام مرکز آموزشی متقاضی: تلفن: دورنگار: نام مسئول پیگیری:

نشانی:

کد پستی: صندوق پستی:

پست الکترونیک: سایت اینترنتی:

مرجع صدور مجوز: شماره ثبت: تاریخ ثبت:

دامنه فعالیت*: استانی منطقه ای ملینوع مالکیت: خصوصی دولتی تعاونی سایرزمینه فعالیت مورد درخواست مرکز آموزشی: استانداردسازی سیستم های مدیریتی سیستم های مدیریت کیفیت تکنیک های کیفیتفنی و مهندسی در رشته: ۱- برق و الکترونیک ۲- ساختمان و مصالح و فرآورده های ساختمانی ۳- صنایع شیمیایی و پلیمر ۴- خوراک و فرآورده های کشاورزی ۵- مواد معدنی ۶- پوشاک و فرآورده های نساجی و الیاف ۷- خودرو و نیرو محرکه ۸- چوب و فرآورده های چوبی، سلولزی و کاغذ ۹- اوزان و مقیاسات ۱۰- مهندسی پزشکی ۱۱- میکروبیولوژی ۱۲- چرم، پوست و پایپوش ۱۳- بسته بندی ۱۴- مخابرات ۱۵- مکانیک و فلزشناسی

سایر

نام و نام خانوادگی مدیر مرکز آموزشی:

مهر و امضاء

صحت مندرجات این صفحه مورد تأیید است.

* دامنه فعالیت مراکز آموزشی متقاضی براساس امتیازات مکتسبه در سطح ملی، منطقه ای و استانی تعیین می گردد. در صورتی که مرکز آموزشی دارای شعباتی در سایر استانها باشد می تواند فرم را جهت شعبات خود تکمیل و به اداره کل استان ذیربط جهت بررسی مستندات و بازدید از فضای آموزشی تحویل نماید.

پداوری

◀ جهت تکمیل فرم به پایگاه اطلاع رسانی مؤسسه به نشانی WWW.ISIRI.ORG، لینک آموزش و ترویج مراجعه و

براساس مستندات الزامی و چگونگی ارسال مدارک اقدام نمایید. >>

فرم

تاریخ تجدید نظر: ۸۷/۱۰/۱۰

شماره تجدید نظر: ۱

عنوان: اطلاعات مرکز آموزشی متقاضی

ب- مشخصات مدیر

نام و نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد: شماره شناسنامه:
 محل صدور: آخرین مدرک تحصیلی: رشته تحصیلی:
 تلفن: دورنگار: پست الکترونیک:

سوابق آموزشی و مدیریتی *

شرح مختصر فعالیت	مدت خدمت / ساعت آموزشی	محل خدمت	نوع سابقه			ردیف
			مدیریتی	تدریس	آموزشی	
نام و نام خانوادگی مدیر مرکز آموزشی : مهر و امضاء			صحت مندرجات این صفحه مورد تأیید است .			

* سوابق آموزشی و مدیریتی براساس مدارک ارائه شده محاسبه می گردد .

فرم

تاریخ تجدید نظر: ۸۷/۱۰/۱۰

شماره تجدید نظر: ۱

عنوان: اطلاعات مرکز آموزشی متقاضی

پ- مشخصات مدرسان *

ردیف	نام و نام خانوادگی	تجربه کاری درموضوع تدریس	مدرک تحصیلی	رشته تحصیلی	سابقه تدریس	نوع همکاری		امضاء
						زمینه تدریس	پاره وقت / تمام وقت	
<p>نام و نام خانوادگی مدیرمرکز آموزشی: _____</p> <p>صحت مندرجات این صفحه مورد تأییداست .</p> <p>مهر و امضاء _____</p>								

* تعداد مدرسان تمام وقت و پاره وقت براساس قرارداد ارائه شده محاسبه می گردد . داشتن حداقل دونفر مدرس ليسانس به صورت تمام وقت در کادر آموزشی الزامی است .

فرم

شماره تجدید نظر: ۱

تاریخ تجدید نظر: ۸۷/۱۰/۱۰

عنوان : اطلاعات مرکز آموزشی متقاضی

ت- سوابق فعالیت آموزشی مرکز متقاضی

مدت	تاریخ	مدرک و رشته تحصیلی مدرس	نام مدرس	موضوع آموزش	نام سازمان	ردیف

نام و نام خانوادگی مدیر مرکز آموزشی :
مهر و امضاء

صحت مندرجات این صفحه مورد تأیید است .

فرم

تاریخ تجدید نظر: ۸۷/۱۰/۱۰

شماره تجدید نظر: ۱

عنوان: اطلاعات مرکز آموزشی متقاضی

ث- فضای مرکز آموزشی *

مساحت کل: مساحت فضای آموزشی: مساحت فضای اداری: مساحت فضای رفاهی:

ج- امکانات آموزشی، اداری و رفاهی *

● امکانات آموزشی

 لابراتوار سالن کنفرانس دسترسی فراگیران به اینترنت کتابخانه تعداد عناوین کتابخانه: جلد

 کلاس درس تعداد کلاس: سایر (نام ببرید):

فهرست وسایل و تجهیزات آموزشی و کمک آموزشی:

ردیف	نوع وسیله	تعداد	ردیف	نوع وسیله	تعداد
۱			۶		
۲			۷		
۳			۸		
۴			۹		
۵			۱۰		

● امکانات اداری

 سیستم بایگانی مکانیزه سیستم بایگانی دستی مستند بودن قوانین و مقررات آموزشی و غیر آموزشی **

● امکانات رفاهی

 سرویس بهداشتی نمازخانه بوفه اقامتگاه سایر:

چ- استقرار سیستم های مدیریتی و استانداردهای مرتبط با زمینه فعالیت ***

 ISO9000 ISO14000 OHSAS18000 ملاحظات:

 سایر استانداردهای مرتبط با زمینه فعالیت مرکز:

نام و نام خانوادگی مدیر مرکز آموزشی:

مهر و امضاء

صحت مندرجات این صفحه مورد تأیید است.

* براساس تصویر اچاره نامه یا سند مالکیت محاسبه می گردد. داشتن حداقل ۵۰ متر مربع فضای آموزشی و اداری الزامی است.

** براساس مستندات ارائه شده محاسبه می گردد.

*** براساس مستندات ارائه شده از جمله گواهی نامه معتبر و یا مستندات مرتبط با استقرار (قرارداد مشاوره، نظامنامه کیفیت و ...) محاسبه می گردد.