

# فرم تأیید دوره های آموزشی جهت تمدید و ارتقاء پایه پروانه اشتغال بکار مهندسی

(کلیه رشته ها)

ریاست محترم سازمان نظام مهندسی ساختمان استان سیستان و بلوچستان

احتراما اینجانب ..... به شماره عضویت ..... و پروانه اشتغال بکار مهندسی به شماره ..... در دوره های آموزشی مصوب شیوه نامه صدور، تمدید و ارتقاء پایه پروانه اشتغال بکار مهندسی ۱۱۸۷۸۲/۴۰۰ مورخ ۱۳۹۷/۰۹/۰۶ به شرح ذیل شرکت نموده و آزمون پایان دوره ها را با موفقیت گذرانده ام.

- |                                         |                                      |                                          |
|-----------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> عمران          | <input type="checkbox"/> معماری      | <input type="checkbox"/> تأسیسات برقی    |
| <input type="checkbox"/> شهرسازی        | <input type="checkbox"/> نقشه برداری | <input type="checkbox"/> تأسیسات مکانیکی |
| <input type="checkbox"/> نظارت : صلاحیت | <input type="checkbox"/> اجرا        | <input type="checkbox"/> طراحی           |

از پایه ..... به پایه .....

دوره های گذرانده شده:

| عناوین دوره های نظارت | ساعت دوره | عناوین دوره های اجرا | ساعت دوره | عناوین دوره های طراحی | ساعت دوره |
|-----------------------|-----------|----------------------|-----------|-----------------------|-----------|
|                       |           |                      |           |                       |           |
|                       |           |                      |           |                       |           |
|                       |           |                      |           |                       |           |
|                       |           |                      |           |                       |           |
|                       |           |                      |           |                       |           |
|                       |           |                      |           |                       |           |
| جمع                   |           | جمع                  |           | جمع                   |           |

امضا درخواست کننده

امضا مسئول آموزش

تاریخ

تاریخ