**Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi**

**Sürekli Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi (KSBÜ-SEM)**

**Kurumsal Eğitim Talep Formu**

|  |  |
| --- | --- |
| **Eğitimi Talep Eden Kuruluş** |  |
| **Vergi Daire Numarası** |  |
| **Talep Edilen Eğitimin Adı** |  |
| **Talep Edilen Eğitimin Konu Başlıkları** |  |
| **Eğitimin Amacı** |  |
| **Eğitim Zamanı** |  |
| **Eğitim Yeri (Tercihiniz)** |  |
| **Katılacak Olan Kişi** **Sayısı** |  |
| **Öngörülen Bütçe** |  |
| **Eğitim Sonunda Almak İstediğiniz Belge** | [ ] Katılım Belgesi  [ ] Sertifika  [ ] Diğer (Belirtiniz)........................................ |

**Başvuran Kuruluş/Kişi:**

**Unvanı:**

**Adres/Telefon:**

**E-Posta Adresi:**

**İmza:**

Not: Bu formu doldurup ksbusem@ksbu.edu.tr adresine gönderiniz.