رجسٹریشن فارم

پانچ روزہ تربیتی ورکشاپ برائے فروغ کاروبار

ذاتی کوائف

شناختی کارڈ نمبر | | | | | | - | | | | | | | | - | | |

درخواست گزار کا نام _____

ولدیت _____

کاروبار / پیشے کی نوعیت _____

کاروبار میں تجربہ _____

_____

غ کاروبار میں ٹر ید .. نگ ر کی تفصیل (اگر کوئی ہے تو) _____

_____

مکمل پتہ _____

_____

فون نمبر _____ موبائل نمبر _____

ای میل ایڈریس _____

ادارہ جات (براہ کرم اسٹمپ کریں اگر اسپانسر کی ہیں)

رابطہ کار (افیسر) _____

پتہ _____ فون نمبر _____

فیکس _____ موبائل نمبر _____ ای میل _____

تاریخ _____ دستخط درخواست گزار _____