



APPLICATION FORM 2019

ފޮޓޯ ލިޔުމުގެ ފޮޓޯ ލިޔުމުގެ ފޮޓޯ

Title of Course

ފޮޓޯ ލިޔުމުގެ ފޮޓޯ

ފޮޓޯ ލިޔުމުގެ ފޮޓޯ

Personal Data

ފޮޓޯ ލިޔުމުގެ ފޮޓޯ

Name: (as in ID Card)

ID Card No:

Permanent Address:

Present Address:

Emergency contact name:

Gender: D M Y

Date of birth:

Sex: M F

Mobile:

Age:

E-mail:

Relationship:

Mobile:

Educational Qualification

ފޮޓޯ ލިޔުމުގެ ފޮޓޯ

ފޮޓޯ ލިޔުމުގެ ފޮޓޯ

| Subjects | Result | Year | Exam |
|----------|--------|------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Other Training and Qualifications

ފޮޓޯ ލިޔުމުގެ ފޮޓޯ

ފޮޓޯ ލިޔުމުގެ ފޮޓޯ

| Institution / Examining Body | Detail of Training or Qualification | Duration of Training |
|------------------------------|-------------------------------------|----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Experience

تجربة

هل سبق لك أن تلقيت تدريباً في هذا المجال؟
Have you ever had any previous training in this field?

نعم
Yes

لا
No

إذا كان الأمر كذلك،
If Yes, Course:

التاريخ
Date

مكان التدريب
Place of Training:

المدة
Duration

حدد، إذا كان متورطاً في أي نشاط في هذا المجال:
Specify, if involved in any activity in this field:

Health/Medical issues or concerns (History of past and current)

مسائل صحية أو طبية

Declaration

إقرار

أنا،، قد قدّمت المعلومات الصحيحة وألتزم بقواعد وقيود المركز، إذا كنت قد اخترت هذا البرنامج، فأوافق على أنني لن أفعل شيئاً سيؤدي إلى إيقاف البرنامج.

I, have given the correct information and abide the rules and regulation of the centre, if I have chosen for the above course I agree that I will not do anything that will disallow the continuation of the course.

الاسم
Name

التاريخ
Date

التوقيع
Signature

قائمة التعليمات

1. يجب أن يكون الطالب من سن 18 عاماً فما فوق.
2. يجب أن يكون الطالب من الجنسية الأردنية (أو من جنسية أخرى معترف بها).
3. يجب أن يكون الطالب من محافظة إربد.
4. لا يجوز نقل أو بيع أو توزيع البرنامج.

For Institute Use Only

ملاحظات المعهد

Received By:

Received Date:

DECISION:

NOTES: