


 TEMEL AFET BİLİNCİ EĞİTİMİ
 EĞİTMEN BİLDİRİM FORMU

EĞİTMENLERİN ADI & SOYADI:		TARİH:	
ASİSTANLARIN ADI & SOYADI:			
GÖZLEMCİ ADI & SOYADI:			
TEL:	FAX:	GSM:	
E-MAIL:			
EĞİTİM YAPILAN YERİN/ KURUMUN ADI:			
İLGİLİ KİŞİ:	TEL:	FAX:	
E-MAIL :			
KATILAN KİŞİ SAYISI:		Ön Test Oranı:	
KATILAN KİŞİ SAYISI:		Son Test Oranı:	
KULLANILAN SUNUM:			
BÜTÜN (PRO)	GENEL	ÖZET	MİNİ
HEDEF GRUP: (Eğitim alan kişilerin bağlantılı olduğu yer)			
<input type="checkbox"/> EĞİTİM KURUMU (öğrenciler, öğretmenler, veliler)			
<input type="checkbox"/> KAMU KURUMU			
<input type="checkbox"/> SİVİL TOPLUM KURULUŞU			
<input type="checkbox"/> KARIŞIK GRUP			
<input type="checkbox"/> MAHALLE ORGANİZASYONU			
<input type="checkbox"/> ÖZEL SEKTÖR			