**Боловсролын зөвлөгөө, дэмжлэг үзүүлэх үйлчилгээнд
хамрагдах тухай хүсэлт**

|  |
| --- |
| Боловсролын зөвлөгөө, дэмжлэг авах шалтгаан: |
| \*Хүсэлтийu хүлээн авсан огноо: |
| Үйлчлүүлэгчийн нэр: | Үйлчлүүлэгчийн овог:  |
| Төрсөн огноо: |
| Үйлчлүүлэгчийн одоогийн оршин суугаа хаяг:  |
| Сургууль, анги:  |
| Өмнөх хийгдсэн мэргэжлийн үзлэг, оношилгоо:  |
| Үзлэг ярилцлагад орох хүсэлт гаргаж буй үйлчлүүлэгчийн төлөөлөгч(овог нэр, үйлчлүүлэгчтэй ямар холбоотой болох):  |
| Утасны дугаар: |
| Э-мэйл:  |
| Үйлчлүүлэгчийн чех хэлээр харилцан ойлголцох чадвар:  |
| Үйлчлүүлэгчийн хууль ёсны төлөөлөгчийн чех хэлээр харилцан ойлголцох чадвар: |
| Орчуулагч шаардлагатай эсэх (тухайн хэлийг заана уу):  |
| \*Хавтасны дугаар:  |
| \*Хүсэлтийг хүлээн авсан:  |
| \*Захиалга хүлээн авсан:  |
| \*Асуулга, ярилцлагад орох огноо:  |

\*Боловсролын зөвлөгөө, дэмжлэг үзүүлэхбайгууллага бөглөнө.