

Plan szkoleń

Dział Kadr Rok

Lp.	Firma szkoląca	Tematyka szkoleń	Planowany termin	Uczestnicy			Uwagi
				Komórka organ.	Ilość osób	Ilość dni	

1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

SPORZĄDZIŁ:

.....
nazwisko podpis i data

ZATWIERDZIŁ:

.....
podpis i data