مرکز شماره 17 شهر ری

متصدی احیاء و ترمیم موهای آسیب دیده

اسم آموزشگاه : **حوزه :** **تاریخ :**

ردیف	نام و نام خانوادگی	محل امضاء	مشاوره و پذیرش (۱۰)	شناخت جنس مو بر حسب آسیب (۱۰)	روش انجام کار(۲۰)	نحوه زدن مواد احیاء(۲۰)	اتوکشی مو(۲۰)	اتمام کار(۲۰)	نمره کل

مرکز ۱۷ شهر ری

نام و نام خانوادگی آزمونگر : **نام و نام خانوادگی آزمونگر :** **نام و نام خانوادگی ناظر :**

محل امضاء : **محل امضاء :** **محل امضاء :**