

**ड्रोन (Drone) क्यामेरा प्रशिक्षण सम्बन्धी १० (दश) दिने  
कार्यशालामा सहभागिता सम्बन्धी  
आवेदन फारम**

नाम थर :

जन्ममिति :  वि.सं.  साल  महिना  गते

नागरिता नं. र जारी भएको जिल्ला :

स्थायी ठेगाना :

अस्थायी ठेगाना :

मोवाइल नं. :

ईमेल :

चलचित्र क्षेत्रमा संलग्न अवधि :  वर्ष

कार्यरत विधा :

संलग्न चलचित्रहरुको संख्या र नाम :

तपाईंमा आँखा सम्बन्धित स्वास्थ्य समस्या छ ? यदि छ भने उल्लेख गर्नुहोस ।

ड्रोन क्यामेराको पहिले पनि तालिम लिनुभएको छ ? यदि छ भने उल्लेख गर्नुहोस ।

तपाईं ड्रोन क्यामेरा सिक्न किन चाहनुहुन्छ ?

हस्ताक्षर र मिति :

फोटो