

شبکه بهداشت و درمان آران و بیدگل

فرم ارزشیابی دوره های آموزشی ضمن خدمت

نام و نام خانوادگی کارمند :					عنوان سمت :					رشته تحصیلی :					محل خدمت :					
عنوان دوره :					میزان ساعت دوره :					محل برگزاری دوره :										
سوالات مهارت:																				
وضعیت ارزیابی قبل از شرکت در دوره					سوالات					وضعیت ارزیابی بعد از شرکت در دوره										
خیلی کم	کم	تاحدودی	زیاد	بسیارزیاد																
میزان تاثیر دوره فوق:																				
پیشنهادات سازنده برای این قبیل دوره ها :																				
نام و نام خانوادگی مسئول:										مهرو امضا:										