



مجتمع پزشکی آموزشی درمانی شهید دکتر بهشتی

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	بسیار زیاد															
خیلی کم	کم	تاحدودی	زیاد	بسیار زیاد															
میزان تاثیر دوره فوق:																			
پیشنهادهای سازنده برای این قبیل دوره ها :																			
نام و نام خانوادگی مسئول:										مهر و امضا:									