دانشكده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درماني ساوه

مدیریت توسعه سازمان و منابع انسانی

فرم برگزاری دوره های آموزشی فرم شماره3

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1-واحد سازمان درخواست کننده دوره : | | | | |
| 2-عنوان دوره : 3- شماره موافقت اصولی اخذ شده از کمیته اجرایی آموزش: | | | | |
| 4-نوع دوره : شغلی 🞏 عمومی 🞏 بهبود مدیریت 🞏 | | | | |
| 5- سرفصل دوره : | | | | |
| 6- رشته های شغلی مورد نظر ( گروه هدف ) : | | | | |
| 7- تاریخ دقیق شروع دوره: تاریخ دقیق خاتمه : | | | | |
| 8- تعداد کل ساعات دوره : تعداد ساعات عملی : | | | | |
| 9- زمان برگزاری کلاس ها : ساعات اداری 🞏 ساعات غیر اداری 🞏 | | | | |
| 10- تعداد تقریبی شرکت کنندگان : | | | | |
| 11- نحوه ارزشیابی شرکت کنندگان کتبی 🞏 شفاهی 🞏 کتبی – شفاهی 🞏 | | | | |
| 12- مکان یا محل برگزاری دوره : | | | | |
| 13- برآورد کلیه هزینه های دوره ( لوازم کمک آموزشی – استاد- پذیرایی – فضای فیزیکی و ..... ) : | | | | |
| 14- شیوه برگزاری آموزش : 🞏سخنراني 🞏 سمينار 🞏همايش 🞏پودمان آموزشي 🞏 دوره آموزشي كارگاه آموزشي | | | | |
| 15- وسايل كمك آموزشي : power poin 🞏 🞏 Trans parency 🞏 white Board 🞏 film سایر با ذکرنوع : | | | | |
| 16- مشخصات اساتید دوره آموزشی : | | | | |
| زمان خاتمه تدریس | زمان شروع تدریس | سابقه تدریس | بالاترین مدرک تحصیلی | نام و نام خانوادگی |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

تایید رابط آموزشی تایید بالاترین مقام مسئول تایید واحد آموزش ضمن خدمت دانشگاه تایید مدیر توسعه سازمان و منابع انسانی

معاونت / مرکز / شبکه / دانشکده

تاریخ و امضاء تاریخ و امضاء تاریخ و امضاء تاریخ و امضاء