



فرم شماره ۱ - مشخصات برگزاری دوره های آموزشی

معاونت توسعه مدیریت و منابع
گروه توسعه سازمان و تحول اداری
واحد آموزش مدیران و کارکنان

واحد برگزار کننده:

معاونت/حوزه:

تاریخ برگزاری:

ساعت دوره:

محل برگزاری:

گروه هدف:

تعداد فراگیران:

عنوان دوره:

سرفصل ها:

هدف کلی دوره:

اهداف رفتاری دوره:

نوع دوره	حضور	غیر حضوری (خودخوان)	مجازی (آنلاین)	سابقه اجرا	کد مجوز
عمومی (الزامی)				دارد/ندارد	
شغلی (الزامی)				دارد/ندارد	
عمومی (اختیاری)				دارد/ندارد	
شغلی (اختیاری)				دارد/ندارد	

مدرسین دوره:

نام و نام خانوادگی	مدرک تحصیلی	رشته تحصیلی	سابقه تدریس و محل ان	محل خدمت



روش آموزشی مورد استفاده در دوره:

- ☐ سخنرانی ☐ ایفای نقش ☐ سمینار ☐ کارگاه ☐ پرسش پاسخ ☐ گفت و شنود ☐ بحث گروهی ☐ نمایش عملی ☐ نمایش فیلم ☐ سایر:

منابع: ۱-

۲-

۳-

۴-

در صورتیکه مدرس مدعو جزو کارکنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی دزفول نمی باشد:

تاییدیه مالی ☐ دارد ☐ ندارد

مبلغ حق الزحمه طبق فرمول مصوب:

تخصیص فرم اثربخشی در مراحل ☐ واکنش ☐ یادگیری ☐ رفتار ☐ نتایج

در صورت لزوم به نظر مدرس نسبت به فراگیران فرم تخصیص داده شود؟ ☐ بلی ☐ خیر

توجه مهم:

پس از اجرای دوره و صدور گواهی توسط معاونت مربوطه جهت تایید و امضا نهایی گراهی ها توسط معاونت توسعه مدیریت و منابع، بایستی بجز این فرم، پیوستهای زیر نیز به اداره آموزش مدیران و کارکنان تحویل داده شود:

۱- برنامه اجرایی دوره آموزشی (سین برنامه)

۲- اسامی کل شرکت کنندگان دوره آموزشی (صورتجلسه)

۳- نتایج و نمرات آزمون (پیش آزمون-پس آزمون ، در صورتیکه دوره همراه با آزمون باشد)

دریافت تاییدیه دوره

نام نام خانوادگی	سمت	واحد مربوطه	امضاء
مدیر واحد مجری			
هماهنگ کننده			
تایید کننده	رئیس گروه توسعه سازمان و تحول اداری	گروه توسعه سازمان و تحول اداری	
تصویب کننده	مسئول آموزش مدیران و کارکنان	آموزش مدیران و کارکنان	



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران