

فرم ثبت نام دوره های نیاز سنجی شده  
کارکنان بیمارستان ها



بیمارستان:

واحد/بخش:

مشخصات فردی و شغلی :

نام و نام خانوادگی :	شماره ملی :	آخرین مدرک تحصیلی :
رشته تحصیلی :	سابقه خدمت :	عنوان پست سازمانی :
واحد محل خدمت:	تاریخ تکمیل فرم :	

همکار محترم :  
با توجه به برگزاری کارگاههای مدون و با توجه به لزوم افزایش توانمندیها و مهارت های حرفه ای، خواهشمند است به ترتیب اولویت و با توجه به سقف اعلامی از سوی واحد محل خدمت (40ساعت جهت کلیه همکاران و 60ساعت جهت مدیران)نسبت به انتخاب دوره های مورد نیاز در جدول زیر اقدام فرمائید

ردیف	عنوان کارگاه پیشنهادی به ترتیب اولویت	مدت	زمان	مکان برگزاری	گروه هدف	
					پرستاران	سرپرستاران و سوپروایزران

امضاء و تاریخ تکمیل فرم توسط ذینفع :

امضاء و نظریه مسول بخش / واحد:

امضاء و نظریه سوپروایزر آموزشی:

امضاء و نظریه مدیر پرستاری: