

برنامه توسعه فردی



Personl Development Plan(PDP)

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:	

ردیف	نیاز آموزشی	نحوه پاسخ به نیاز آموزشی مربوطه	زمان برگزاری دوره آموزشی	نتیجه ارزیابی
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				
۹				
۱۰				

نام و امضاء کارمند:

امضاء مسئول بخش / واحد:

امضاء و سوپروایزر آموزشی: