|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **0 (2)فرم ثبت نام دوره های نیاز سنجی شده**  **کارکنان بیمارستان ها**  **واحد/بخش: بیمارستان:** | | | | | | | |
| **مشخصات فردی و شغلی :** | | | | | | | |
| نام ونام 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::** | | | | | | | |