**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجانغربی**

**آموزش کارکنان دانشگاه**

**فرم بازدید و نظارت براجرای دوره های آموزش کارکنان دانشگاه مصوب سال ........**

**نام واحد(معاونت،شبکه،مرکز آموزشی و درمانی)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام واحد(بیمارستان ،مرکز بهداشت )** | **عنوان دوره** | **رشته شغلی شرکت کنندگاه** | **تعدادشرکت کنندگان** | **تاریخ برگزاری دوره** | **تعداد جلسات برگزاری** | **نام مدرسین** | **نام مجری دوره** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **نکات قوت اجرای دوره:** | | | | | | | |
| **نکات ضعف اجرای دوره:** | | | | | | | |
| **نظریه کارشناسی:** | | | | | | | |

**نام و نام خانوادگی مسئول آموزش نام و نام خانوادگی مدیر واحد**

**سمت (امضا) سمت (امضا)**