

فرم مستند سازی آموزش‌های گروهی بهداشت حرفه‌ای

ویژگی‌های آموزش
موضوع:
هدف کلی:
اهداف رفتاری اصلی (طبق سرفصل‌های آموزشی / انتظارات از فراگیر):
۱- ۲- ۳- ۴- ۵-
نحوه آموزش: <input type="checkbox"/> حضوری <input type="checkbox"/> مجازی
مدت زمان آموزش (ساعت):
تعداد جلسه:
شیوه آموزش: <input type="checkbox"/> سخنرانی <input type="checkbox"/> کارگاه عملی <input type="checkbox"/> فروم <input type="checkbox"/> میزگرد <input type="checkbox"/> کارگروهی <input type="checkbox"/> پرسش و پاسخ <input type="checkbox"/> همایش <input type="checkbox"/> سایر:
وسایل و تجهیزات کمک آموزشی مورد استفاده: <input type="checkbox"/> رایانه <input type="checkbox"/> پروژکتور <input type="checkbox"/> الی سی دی <input type="checkbox"/> برگه سفید <input type="checkbox"/> تخته سیاه/سفید <input type="checkbox"/> عکس <input type="checkbox"/> مدل / نمونه <input type="checkbox"/> سایر:
انجام ارزشیابی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
شیوه ارزشیابی: <input type="checkbox"/> پیش آزمون و پس آزمون <input type="checkbox"/> آزمونک <input type="checkbox"/> آزمون عملی <input type="checkbox"/> پرسش مرحله‌ای <input type="checkbox"/> سایر:
مشخصات برگزاری
تاریخ شروع: / / تاریخ پایان: / /
مکان انجام آموزش:
برگزار کننده:
حامیان (در صورت وجود):
مشخصات فراگیرندگان
گروه هدف: <input type="checkbox"/> کارشناسان بهداشت حرفه‌ای دولتی/بازرسان <input type="checkbox"/> بهورز <input type="checkbox"/> کارشناسان صنایع <input type="checkbox"/> کارفرمایان <input type="checkbox"/> کارگران <input type="checkbox"/> کارمندان <input type="checkbox"/> بهگر <input type="checkbox"/> بهداشتی‌کار <input type="checkbox"/> سایر:
سطح تحصیلات عمده شرکت کنندگان: <input type="checkbox"/> سیکل و پایین‌تر <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> کاردانی و کارشناسی <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد و بالاتر
میانگین سنی: <input type="radio"/> کمتر از ۲۰ سال <input type="radio"/> ۲۰ تا ۳۰ سال <input type="radio"/> ۳۰ تا ۶۰ سال <input type="radio"/> ۶۰ سال به بالا
تعداد فراگیرندگان:
مشخصات مدرس/ مربی
نام و نام خانوادگی: سطح تحصیلات: <input type="radio"/> کارشناسی و پایین‌تر <input type="radio"/> کارشناسی ارشد <input type="radio"/> دکترا و بالاتر
سمت: رشته تحصیلی: شماره تلفن: ایمیل:

مشخصات شرکت کنندگان

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	شماره تلفن	ایمیل	امضا
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					
۱۹					
۲۰					
۲۱					
۲۲					

به نام خدا

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی

معاونت بهداشتی

فرم گزارش آموزش های گروهی

ردیف	تاریخ	موضوع	گروه هدف	تعداد آموزش گیرندگان	مسئول اجراء
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					

نام و نام خانوادگی گزارش دهنده:

نام شهرستان:

تاریخ تهیه گزارش: / /

رئیس مرکز بهداشت شهرستان/امضاء: