****

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان مرکزی**

**مدیریت توسعه سازمان و منابع انسانی**

**فرم برگزاری دوره های آموزشی فرم شماره 3**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1- واحد سازمان درخواست کننده دوره :** | | | | |
| **2-عنوان دوره : 3- شماره موافقت اصولی اخذ شده از کمیته اجرایی آموزش :** | | | | |
| **4- نوع دوره : شغلی 🞏 عمومی 🞏 بهبود مدیریت 🞏** | | | | |
| **5- سرفصل دوره :** | | | | |
| **6- رشته های شغلی مورد نظر ( گروه هدف ) :** | | | | |
| **7- تاریخ دقیق شروع دوره : تاریخ دقیق خاتمه دوره :** | | | | |
| **8- تعداد کل ساعات دوره : ........ ساعت تعداد ساعات عملی : ........... تعداد ساعات نظری : .............** | | | | |
| **9- زمان برگزاری کلاس ها : ساعات اداری 🞏 ساعات غیر اداری ** | | | | |
| **10- تعداد تقریبی شرکت کنندگان :** | | | | |
| **11- نحوه ارزشیابی شرکت کنندگان کتبی 🞏 شفاهی 🞏 کتبی – شفاهی 🞏** | | | | |
| **12- مکان یا محل برگزاری دوره :** | | | | |
| **13- برآورد کلیه هزینه های دوره ( لوازم کمک آموزشی – استاد- پذیرایی – فضای فیزیکی و ..... )……………… ریال**  **محل تامین اعتبار مشخص شده از محل اعتبارات :** | | | | |
| **14- شیوه برگزاری آموزش : 🞏power point 🞏 Trans parency 🞏 white Board 🞏 film**  **سایر با ذکرنوع :** | | | | |
| **15- مشخصات اساتید دوره آموزشی :** | | | | |
| **زمان خاتمه تدریس** | **زمان شروع تدریس** | **سابقه تدریس** | **بالاترین مدرک تحصیلی** | **نام و نام خانوادگی** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**تایید رابط آموزشی تایید بالاترین مقام مسئول تایید واحد آموزش ضمن خدمت دانشگاه تایید مدیر توسعه سازمان و منابع انسانی**

**تاریخ و امضاء تاریخ و امضاء تاریخ و امضاء تاریخ و امضاء**