****

**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**