**** دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان مرکزی (معاونت بهداشتی )

مدیریت توسعه سازمان و منابع انسانی

فرم اخذ مجوز دوره

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاریخ  در وقت اداری ◼  خارج از وقت اداری 🞏  خارج از شیفت کاری 🞏 | | | 4- اوقات برگزاری | | کتابخوانی 🞏  غیر حضوری 🞏  حضوری ◼ | | | | 3-روش اجرا | | فرهنگی اجتماعی 🞏  توجیهی 🞏  الزامی 🞏  اختیاری 🞏 | | | | بهبود مدیریت 🞏  مشترک اداری 🞏  شغلی  ◼  عمومی 🞏 | | | 2- انواع دوره | | 1. عنوان دوره | | |
| 5- روش: سخنرانی  کارگاه◼ سمینار کنفرانس / همایش 🞏 پودمان 🞏 دوره آموزشی  سایر 🞏 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8- مدت دوره به ساعت : | | | | | | | | 7- اهداف ، نتایج ، دستاوردهای دوره | | | | | | | | | 6- سرفصل ها | | | | | |
| 9- نوع آزمون : تستی ◼ تشریحی 🞏 تستی تشریحی 🞏 | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
| 10- روش آزمون : الکترونیکی : 🞏 غیر الکترونیکی 🞏 حضوری◼ | | | | | | | |
| 11-حداقل تحصیلات لازم برای شرکت کنندگان : | | | | | | | |
|  | | | | | | | 12- گروه هدف |
| سابقه تدریس | محل خدمت | | | ورشته تحصیلی | | | | تحصیلات | | | |  | نام و نام خانوادگی | | | | 14- مشخصات مدرس یا مدرسین | |  | | | 13- مشخصات بسته ومنابع آموزشی |
|  |  | | |  | | | |  | | | |  |  | | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | |  |  | | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | |  |  | | | |
| تعداد تقریبی شرکت کنندگان: | | | | | | | |  | | | | | 15- زمان برگزاری دوره به ماه : | | | | | | | | | |  |
| تعداد | | عنوان پست بر اساس حکم | | | | تعداد | |  | | عنوان پست بر اساس حکم | | |  | تعداد | | عنوان پست بر اساس حکم | | | | | 16-مشخصات و پست سازمانی گروه هدف | |
|  | |  | | | |  | |  | |  | | | |  | |  | | | | |
|  | |  | | | |  | |  | |  | | | |  | |  | | | | |
|  | |  | | | |  | |  | |  | | | |  | |  | | | | |
|  | |  | | | |  | |  | |  | | | |  | |  | | | | |
| امضاء | | | | | | | |  | | | | | 17 - نام ونام خانوادگی رئیس گروه کارشناسی مربوطه | | | | | | | | | |
| تا حدودی 🞏 | | | | | | | | بلی ◼ خیر 🞏 | | | | | 18- آیا فضایی فیزیکی مناسب جهت برگزاری دوره وجود دارد؟ | | | | | | | | | |
| تا حدودی 🞏 | | | | | | | | بلی ◼ خیر 🞏 | | | | | 19- آیا تجهیزات کمک آموزشی مناسب جهت برگزاری دوره وجوددارد؟ | | | | | | | | | |
| 21- خانوادگی مدیر واحد برگزارکننده :  امضاء | | | | | | | |  | | | | | 20- نام و نام خانوادگی رابط آموزشی : **امین حسینــی زاده**  امضاء | | | | | | | | | |
| موافقت نگردید🞏 | | | | | | | | موافقت گردید 🞏 | | | | | 22- دوره در کمیته اجرایی آموزش مطرح و با برگزاری دوره | | | | | | | | | |

**کارشناس آموزش ضمن خدمت مدیر توسعه سازمان و منابع انسانی**