



فرم اثربخشی دوره های آموزشی

نام دوره:

مدرس دوره:

تاریخ برگزاری دوره:

مجری دوره: آموزش پرستاری

تاریخ تکمیل فرم: نام و نام خانوادگی مسئول واحد:

هدف از برگزاری این دوره و انتظاراتی که در پایان دوره از فراگیران داشته ایم:

مسئول محترم واحد و فراگیر محترم

با سلام، از آنجائیکه اظهار نظر شما عزیزان در تعیین کیفیت دوره های آموزشی و اثربخشی آن بسیار موثر و راهگشا می باشد، لذا خواهشمند است به سوالات ذیل بطور دقیق پاسخ داده و همانگونه که در ذیل ملاحظه می فرمایید میانگین اظهار نظر فراگیر و مدیر بعنوان نمره هر آیتم محاسبه خواهد گردید.

نام و نام خانوادگی فراگیر:

محل خدمت فراگیر:

پست سازمانی فراگیر:

لطفاً با توجه به اهمیت سوالات یکی از نمرات ذیل را بدان اختصاص دهید:

خیلی ضعیف: ۱

ضعیف: ۲

متوسط: ۳

خوب: ۴

عالی: ۵

ردیف	عوامل ارزیابی	خود ارزیابی فراگیر	ارزیابی مسئول واحد	جمع	میانگین
۱	نحوه بکارگیری آموخته ها در انجام کار				
۲	میزان افزایش مهارت				
۳	نحوه استفاده از ابزار و تجهیزات در اختیار				
۴	تلاش جهت ارتقاء کیفیت کار				
۵	میزان علاقمندی و درک از دوره ارائه شده				

جمع کل:

میانگین کل:

انتقادات و پیشنهادات: