



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران
معاونت درمان

فرم صورتجلسه آموزشی

شماره فرم:.....

تاریخ بازبینی:.....

دوره تکمیل:.....

عنوان دوره آموزشی:		تاریخ برگزاری:				محل آموزش:	
روش برگزاری دوره آموزشی:		علت آموزش:				ابزار آموزشی:	
<input type="checkbox"/> حضوری		<input type="checkbox"/> نصب دستگاه جدید <input type="checkbox"/> درخواست بخش				<input type="checkbox"/> جزوه آموزشی <input type="checkbox"/> پاورپوینت	
<input type="checkbox"/> آنلاین		<input type="checkbox"/> آموزش دوره ای <input type="checkbox"/> درخواست واحد مهندسی				<input type="checkbox"/> فیلم آموزشی <input type="checkbox"/> سایر موارد	
ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته شغلی	وضعیت استخدامی	کد ملی	محل خدمت	امضا	ساعت حضور
مشخصات مدرس/مدرسين و دوره آموزشی:							
نام و نام خانوادگی:				مدرک و رشته تحصیلی:			
محل اشتغال:				ساعت تدریس دوره:			

گواهی می شود آموزش فوق به همراه پیش/پس آزمون برگزار و فایل های آموزشی به صورت فیزیکی/انرم افزاری در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت.

نام و مهر امضا آموزش دهنده:

نام و مهر و امضا مسئول واحد تجهیزات:

نام و مهر امضا مسئول بخش:

نام و مهر امضا سوپروایزر آموزشی: