**** 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**