

فرم برنامه توسعه فردی  
(شناسایی نیازهای آموزشی)  
Educational Needs Identification

همکار محترم:

این فرم بمنظور ایجاد فرصت رشد و ارتقا مهارت و دانش کلیه کارکنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی لرستان طراحی گردیده است. لذا با ارائه عنوان نیازهای آموزشی خود(صرفاً براساس شرح وظایف و توانمندیهای مورد نیاز شغلی) ما را در بهبود کیفیت آموزش یاری فرمایید.  
واحد آموزش و توانمند سازی کارکنان

مشخصات فردی

نام واحد / بخش:		مسئول / نماینده رشته شغلی:		تاریخ تنظیم:	
نام و نام خانوادگی:		مدرک تحصیلی:		پست سازمانی:	
سابقه خدمت:		رشته شغلی:		محل خدمت:	

سطح نیاز سنجی	عنوان نیاز آموزشی	هدف از برگزاری دوره آموزشی	اهداف رفتاری	روش اجرا		
				سخنرانی	کارگاه	آموزش حین کار
طبق نظر فرد				حضور	مجازی	غیر حضوری
				مطالعه کتاب / جزوه و آزمون کتبی		
طبق نظر مسئول واحد						
با توجه به نیاز سازمان						

نام و نام خانوادگی درخواست کننده:

نام و نام خانوادگی مسئول آموزش: