

فرم مستند سازی آموزش های گروهی بهداشت حرفه ای

شهرستان :

ویژگی های آموزش
موضوع:
هدف کلی:
اهداف رفتاری اصلی (طبق سرفصل های آموزشی / انتظارات از فراگیر):
۱-
۲-
۳-
۴-
۵-
نحوه آموزش: <input type="checkbox"/> حضوری <input type="checkbox"/> مجازی
مدت زمان آموزش (ساعت):
تعداد جلسه:
شیوه آموزش: <input type="checkbox"/> سخنرانی <input type="checkbox"/> کارگاه عملی <input type="checkbox"/> فوروم <input type="checkbox"/> میزگرد <input type="checkbox"/> کارگروهی <input type="checkbox"/> پرسش و پاسخ <input type="checkbox"/> همایش <input type="checkbox"/> سایر:
وسایل و تجهیزات کمک آموزشی مورد استفاده: <input type="checkbox"/> رایانه <input type="checkbox"/> پروژکتور <input type="checkbox"/> الی سی دی <input type="checkbox"/> برگه سفید <input type="checkbox"/> تخته سیاه/سفید <input type="checkbox"/> عکس <input type="checkbox"/> مدل / نمونه <input type="checkbox"/> سایر:
انجام ارزشیابی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
شیوه ارزشیابی: <input type="checkbox"/> پیش آزمون و پس آزمون <input type="checkbox"/> آزمونک <input type="checkbox"/> آزمون عملی <input type="checkbox"/> پرسش مرحله ای <input type="checkbox"/> سایر:
مشخصات برگزاری
تاریخ شروع: / / تاریخ پایان: / /
مکان انجام آموزش:
برگزار کننده:
حامیان (در صورت وجود):
مشخصات فراگیرندگان
گروه هدف: <input type="checkbox"/> کارشناسان بهداشت حرفه ای دولتی/بازرسان <input type="checkbox"/> بهورز <input type="checkbox"/> کارشناسان صنایع <input type="checkbox"/> کارفرمایان <input type="checkbox"/> کارگران <input type="checkbox"/> کارمندان <input type="checkbox"/> بهگر <input type="checkbox"/> بهداشتیار کار <input type="checkbox"/> سایر:
سطح تحصیلات عمده شرکت کنندگان: <input type="checkbox"/> سیکل و پایین تر <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> کاردانی و کارشناسی <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد و بالاتر
میانگین سنی: <input type="checkbox"/> کمتر از ۲۰ سال <input type="checkbox"/> ۲۰ تا ۳۰ سال <input type="checkbox"/> ۳۰ تا ۶۰ سال <input type="checkbox"/> ۶۰ سال به بالا
تعداد فراگیرندگان:
مشخصات مدرس / مربی
نام و نام خانوادگی: سطح تحصیلات: <input type="checkbox"/> کارشناسی و پایین تر <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> دکترای بالاتر
سمت: رشته تحصیلی: شماره تلفن: ایمیل:

مشخصات شرکت کنندگان دوره آموزشی

شهرستان:

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	شماره تلفن	ایمیل	امضا
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					
۱۹					
۲۰					
۲۱					
۲۲					

به نام خدا
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تبریز
شهرستان:

فرم گزارش آموزش های گروهی

ردیف	تاریخ	موضوع	گروه هدف	تعداد آموزش گیرندگان	مسئول اجراء
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					

رئیس مرکز بهداشت شهرستان/امضاء:

تاریخ تهیه گزارش: / /

نام شهرستان:

نام و نام خانوادگی گزارش دهنده: