بسم الله الرحمن الرحیم

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

اداره آموزش مداوم

فرم نیازسنجی برنامه های آموزش مداوم

خواهشمند است این فرم را پس از مطرح کردن در انجمن / گروه / مرکز / شبکه / دانشکده / معاونت و با لحاظ کردن نظرات سایر همکاران تکمیل فرمایید

نام انجمن / گروه علمی / مرکز / شبکه / دانشکده / معاونت:

ردیف	عنوان برنامه	گروه هدف	برگزارکننده	زمان تقریبی اجرا			
				سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم
۱				○	○	○	○
۲				○	○	○	○
۳				○	○	○	○
۴				○	○	○	○

لطفا پیشنهادات و نظرات خود را در مورد برنامه های قبلی آموزش مداوم مرقوم فرمائید:

امضاء مسئول