دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد

فرم ارزشیابی کارگاه آموزشی

ارزشیابی کننده: سابقه خدمت ................ سن ........ میزان تحصیلات .................... جنس مرد...... زن.......

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| اطلاع رسانی از زمان و مکان (دعوتنامه ) | زمان برگزاری دوره | امکانات برگزاری دوره | نحوه اجرای برنامه | محتوای علمی  مطالب ارائه شده | زمان اختصاص داده شده به مباحث | توانایی برنامه در ایجاد انگیزه | نحوه پاسخگویی به سئوالات | نحوه بکار گیری وسایل کمک آموزشی | تناسب مطالب با نیاز شما | شرح |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | بسیار خوب |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | خوب |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | متوسط |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ضعیف |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | بسار ضعیف |

لطفا سخنران های برنامه مورد نظر را نیز ارزیابی نمایید:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ارائه خلاصه و نتیجه گیری | | | تناسب محتوای سخنرانی با موضوع | | | شیوایی بیان | | | تسلط علمی | | | موضوع سخنرانی | نام و نام خانوادگی سخنران |
| ضعیف | متوسط | خوب | ضعیف | متوسط | خوب | ضعیف | متوسط | خوب | ضعیف | متوسط | خوب |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

پیشنهادات، انتقادات، نقاط قوت و ضعف برنامه را در پشت برگه به صورت مشروح بیان فرمایید.