معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد

فرم ارزیابی جلسه/کارگاه آموزشی: تاریخ : سالن آموزشی:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| اطلاع رسانی از زمان و مکان (دعوتنامه ) | مدت برگزاری دوره | امکانات برگزاری دوره | نحوه اجرای برنامه | محتوای علمی  مطالب ارائه شده | میزان و زمان کار عملی | 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 |

همکار گرامی :این پرسشنامه به منظور استفاده از نقطه نظرات شما در جهت ارتقائ کیفیت آموزش طراحی شده است لذا خواهشمند است با با ارائه پاسخهای دقیق ما را در برگزاری دوره های آموزشی بعدی یاری فرمایید.

محل خدمت: سابقه خدمت: سن: میزان تحصیلات:

**لطفا سخنران های جلسه/کارگاه را ارزیابی نمایید:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **کاربردی بودن مطالب** | | | **ارائه خلاصه و نتیجه گیری** | | | **تناسب محتوا با موضوع برنامه** | | | **شیوایی بیان** | | | **تسلط علمی** | | | **موضوع سخنرانی** | **نام سخنران** |
| **ضعیف** | **متوسط** | **خوب** | **ضعیف** | **متوسط** | **خوب** | **ضعیف** | **متوسط** | **خوب** | **ضعیف** | **متوسط** | **خوب** | **ضعیف** | **متوسط** | **خوب** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

لطفا سایر نظرات و پیشنهادات خود را مرقوم بفرمایید: