

مدیریت توسعه شبکه و ارتقاء سلامت مرکز بهداشت استان خراسان رضوی
واحد آموزش و بازآموزی

بعد از اجرای دوره - ویژه شهرستان
فرم شماره جمع بندی نظرسنجی دوره

مجری محترم :

لطفاً پس از برگزاری دوره و جمع بندی فرمهای نظرسنجی این فرم را تکمیل و به همراه سایر مستندات به گروه توسعه شبکه و ارتقاء سلامت معاونت بهداشتی ارسال نمایید.

تاریخ برگزاری:

عنوان دوره :

شهرستان مجری:

شرح	بسیار خوب	خوب	متوسط	ضعیف	بسیار ضعیف
	1	2	3	4	5
تناسب مطالب ارایه شده با نیاز شما					
شیوه اداره جلسات					
اطلاع رسانی از زمان و نحوه برگزاری					
نحوه اجرای برنامه با توجه به برنامه ازپیش تعیین شده					
محل برگزاری جلسات					
مدت زمان برگزاری جلسات					
زمان برگزاری جلسات					
امکان بحث و مشارکت فراگیران					
نحوه و نوع پذیرایی					

جمع بندی پیشنهادات یا انتقادات نسبت به برگزاری دوره :

نام و نام خانوادگی و امضاء مجری

بعد از اجراي	
ويژه شهرستان	فرم شمار جمع بندي نظرسنجي
دوره	

- 1- بسیار خوب
2- خوب
3- متوسط
4- ضعیف
5- بسیار ضعیف

نام و نام خانوادگی و امضاء مجری