

بسمه تعالی

اداره کل استاندارد و تحقیقات صنعتی چهارمحال و بختیاری

فرم سنجش اثربخشی دوره های آموزشی

نام و نام خانوادگی شرکت کننده در دوره :

عنوان دوره آموزشی :

نام مدرس :

تاریخ برگزاری :

امتیاز	ضعیف	قابل قبول	خوب	عالی	عنوان موضوعات اثر بخشی	ردیف
	زیر ۱۰	۱۰-۱۳	۱۴-۱۶	۱۷-۲۰		
					اجرای آموخته های دوره در محیط کار با بکارگیری آموزشهای فراگرفته	۱
					افزایش خلاقیت و نوآوری در کار و ارائه پیشنهادات مؤثر (تغییر در نگرش و روش انجام امور)	۲
					افزایش بهره وری (کاهش ضایعات و توقف درکار)	۳
					افزایش تعلق خاطر و انگیزه کاری	۴
					افزایش مهارت درکار	۵
جمع کل :						

نظریه کلی مدیر/رئیس واحد:

نظریه کلی مسئول واحد:

نیاز به دوره ندارد	نیاز به دوره مجدد دارد	
$50 \leq X < 100$	$0 \leq X < 50$	امتیازات
		نتیجه

نیاز آموزشهای تکمیلی :

نام و امضاء :

توجه :

این فرم توسط بالاترین مقام مسئول شرکت کننده در دوره تکمیل میگردد(فرم در روز اجرای دوره به شرکت کننده گان توزیع خواهد شد) اخذ گواهینامه پایان دوره منوط به عودت فرم تکمیل شده توسط شرکت کننده میباشد که به امضاء مقام مسئول رسیده است .