



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی بوشهر

معاونت توسعه مدیریت و منابع

نظام مدیریت عملکرد

فرم مستند آموزش به همکاران

نام و نام خانوادگی : عنوان پست : عنوان شغل مورد تصدی :

شماره پرسنلی : دوره ارزیابی : تاریخ ۱۳ / ۱ / ۱ - ۱۳ / ۱۲ / ۲۹

در راستای انتقال تجارب و آموزش به همکاران گواهی می گردد افراد ذیل توسط اینجانب مورد آموزش انفرادی با موضوع ذکر شده قرار گرفتند :

ردیف	نام و نام خانوادگی	موضوع آموزش	تاریخ	امضاء
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				

ارائه آموزشها به افراد ذکر شده مورد تایید اینجانب می باشد .

نام و نام خانوادگی سمت تاریخ

امضاء