دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی بوشهر

معاونت توسعه مدیریت و منابع

نظام مدیریت عملکرد

فرم مستند تدریس

در راستای آموزش به گواهی می گردد :آقا/ خانم با عنوان پست : و با عنوان شغلی

مورد تصدی با شماره پرسنلی در دوره های زیر به عنوان مدرس شرکت داشته اند :

ردیف	نام درس و دوره	نوع دوره	ساعت	تاریخ برگزاری
۱				
۲				
۳				
٤				
٥				

نام و نام خانوادگی سمت تاریخ

امضاء

تدریس دوره های ذکر شده مورد تایید واحد آموزش می باشد .

نام و نام خانوادگی تایید کننده سمت تاریخ

امضاء