بسمه تعالی

آرم بیمارستان

لیست نارسایی های آموزشی و اقدامات اصلاحی گروه .....

نام و نام خانوادگی :	پست سازمانی :
بخش /واحد :	تاریخ تنظیم :

نیاز آموزشی حاصل از آزمون صلاحیت و PDP	روش پاسخ به نیاز آموزشی (اقدامات اصلاحی)	زمان برگزاری	نتیجه ارزیابی	اثربخشی

نام و نام خانوادگی و
امضاء سوپروایزر آموزشی: