بسمه تعالی

آرم بیمارستان

تعیین میزان صلاحیت و توانمندی اولیه

پست سازمانی:

بخش / واحد:

نام و نام خانوادگی : وضعیت استخدام: طرح ☐ استخدام ☐ انتقال ☐

تاریخ آزمون:

نتیجه آزمون : توانمند ☐ نیازمند آموزش ☐ فاقد صلاحیت ☐

ردیف	عنوان توانمندی	مسلطم (4)	می دانم (3)	کمی می دانم(2)	نمی دانم(1)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

نام و نام خانوادگی و

امضاء سوپروایزر آموزشی: