**برنامه توسعه فردی**

**Personl Development Plan(PDP)**

**واحد/بخش: بیمارستان:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مشخصات فردی و شغلی :** | | | | | | |
| نام ونام خانوادگی : | | شماره ملی : | | آخرین مدرک تحصیلی : | | |
| رشته تحصیلی : | | سابقه خدمت : | | عنوان پست سازمانی : | | |
| واحد محل خدمت: | | تاریخ تکمیل فرم : | |  | | |
| **ردیف** | **نیاز آموزشی** | | **نحوه پاسخ به نیاز آموزشی مربوطه** | | **زمان برگزاری دوره آموزشی** | **نتیجه ارزیابی** |
| **1** |  | |  | |  |  |
| **2** |  | |  | |  |  |
| **3** |  | |  | |  |  |
| **4** |  | |  | |  |  |
| **5** |  | |  | |  |  |
| **6** |  | |  | |  |  |
| **7** |  | |  | |  |  |
| **8** |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
| **9** |  | |  | |  |  |
| **10** |  | |  | |  |  |
| **نام و امضاء کارمند :** | | | | | | |
| **امضاء مسئول بخش / واحد : امضاء و سوپروایزر آموزشی :** | | | | | | |