



بسمه تعالی
 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
 معاونت درمان
 مرکز حاکمیت خدمات بالینی و مدیریت استراتژیک



برنامه توسعه فردی کارکنان (Personal Development Plan)

نام:	نام خانوادگی:	تاریخ تولد:	کد ملی/شماره شناسنامه:
سمت:	مدرک تحصیلی:	محل خدمت (بخش):	
یوگر افیک (مشخصات)			

ردیف	عنوان دوره آموزشی	تاریخ	ساعت	ردیف	عنوان دوره آموزشی	تاریخ	ساعت
۱			۶	۶			
۲			۷	۷			
۳			۸	۸			
۴			۹	۹			
۵			۱۰	۱۰			

ردیف	پرسنل	دوره های درخواستی طبق نظر مسئول مافوق	دوره های سازمان
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			
۶			
۷			
۸			
۹			
۱۰			

ارزیابی (سجش آموخته ها)	پرسنل	آیا در دستیابی به اهدافم موفق بوده ام			علت عدم دستیابی:
		بلی	تا حدودی	خیر	
ارزیابی (سجش آموخته ها)	نظر مسئول مافوق				توصیه ها
	نظر مدیریت (سازمان)				

تاریخ بازبینی:

امضاء مسئول مافوق:

امضاء پرسنل: