**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 :**  |