


کد مدرک و شماره بازنگری: CL-FR-012/00	فرم نظر سنجی دوره ها و کارگاهها و سمینارهای آموزشی	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تهران
--	---	---

مشخصات فردی :

نام : _____ نام خانوادگی : _____ نام پدر : _____ تلفن همراه : _____ تلفن داخلی : _____

نام دوره : _____

نظرسنجی : _____

ردیف	عنوان	خوب	متوسط	ضعیف
۱	کیفیت دوره های آموزشی			
۲	امکانات کمک آموزشی			
۳	انتخاب استاد			
۴	ساعت کلاس			
۵	امکانات رفاهی			
۶	توانائی مدرس در بیان مطالب			
۷	کیفیت مطالب و سرفصل ها			
۸	توانائی و تعامل مدرس در پاسخ به سوالات			
۹	کاربردی بودن دوره آموزشی			
۱۰	میزان ساعت نسبت به حجم مطالب			
۱۱	کیفیت مکان برگزاری			
۱۲	به روز بودن مطالب			

در صورت تمایل نکات قابل ذکر جهت بهتر برگزار شدن دوره ها را بیان نمائید .