

مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی پرسشنامه نظر خواهی از شرکت کنندگان

تاریخ اجراء :

کد مجوز :

عنوان برنامه :

تاریخ فراغت از تحصیل :/...../.....

مشخصات فردی : سن.....سال

مکان اجراء :

محل فارغ التحصیلی : جنسیت : زن مرد

همکاران محترم : خواهشمنداست پس از تکمیل فرم نظر خواهی : در پایان برنامه آن را تحویل متصدی ثبت نام فرمائید .

خواهشمند است نظرات خود را در مورد برنامه با پررنگ نمودن داخل مستطیل مربوطه مشخص نمائید.

کم	متوسط	خوب	سؤالات نظر خواهی	کم	متوسط	خوب	سؤالات نظر خواهی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- توالی مناسب و منطقی سخنرانی ها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- موفقیت برنامه از نظر تحکیم اطلاعات صحیح قبلی شما
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- توانایی مدیریت در برقراری نظم در جلسات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- موفقیت برنامه از نظر ارائه مطالب جدید علمی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- مفید بودن تبلیغات برنامه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- متناسب بودن برنامه با نیازهای شغلی شما
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- میزان امتیاز تعلق یافته در این برنامه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- توانایی برنامه در ایجاد علاقه به مطالعه تخصصی در شما
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- میزان رضایت شما از زمان برگزاری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- میزان رضایت شما از بکارگیری وسایل کمک آموزشی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- میزان رضایت شما از زمان برگزاری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- تناسب زمان هر سخنرانی با موضوع آن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- امکان مشارکت شنوندگان در بحث ها

الف - تجدید اطلاعات ب- مبادله اطلاعات و تجربیات با دیگر همکاران ج- کسب امتیاز

لطفا نظرات خود را در رابطه با بحث اساتید زیر با پررنگ نمودن داخل مستطیل ارائه نمائید.

ضعیف	متوسط	خوب		ضعیف	متوسط	خوب	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳- تسلط علمی به موضوع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دکتر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴- تناسب محتوای بحث با موضوع برنامه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱- روش ارائه موضوع و نحوه انتقال مطالب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵- ارائه نکات کاربردی در بحث	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲- ارائه خلاصه و نتیجه گیری
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳- تسلط علمی به موضوع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دکتر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴- تناسب محتوای بحث با موضوع برنامه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱- روش ارائه موضوع و نحوه انتقال مطالب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵- ارائه نکات کاربردی در بحث	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲- ارائه خلاصه و نتیجه گیری
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳- تسلط علمی به موضوع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دکتر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴- تناسب محتوای بحث با موضوع برنامه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱- روش ارائه موضوع و نحوه انتقال مطالب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵- ارائه نکات کاربردی در بحث	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲- ارائه خلاصه و نتیجه گیری