

شماره سند : F410-00

فرم پرسشنامه دوره آموزشی

نام سازمان		زمینه فعالیت		محصولات/خدمات اصلی		مشتریان عمده	
نام مدیر عامل		نام مدیر تضمین کیفیت/سیستم ها		تلفن مستقیم		تلفن مستقیم	
دفتر مرکزی		آدرس		تلفن		فاکس	
سایت تولیدی							
عنوان دوره:			مدت دوره: روز		تعداد نفرات دوره:		
سطح سازمانی فراگیران:		میزان آشنایی با مباحث دوره		نیاز به اثربخشی دوره:			
<input type="checkbox"/> مدیران ارشد <input type="checkbox"/> مدیران میانی <input type="checkbox"/> سرپرستان و مسئولین <input type="checkbox"/> کارشناسان		<input type="checkbox"/> شناخت کافی <input type="checkbox"/> شناخت نسبی <input type="checkbox"/> عدم شناخت		<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد			
میزان تحصیلات:		برگزاری بصورت:		متقاضی گواهی نامه آموزشی:			
<input type="checkbox"/> دکترا <input type="checkbox"/> فوق لیسانس <input type="checkbox"/> لیسانس <input type="checkbox"/> فوق دیپلم <input type="checkbox"/> دیپلم		<input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Inhouse		<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر			
هدف از برگزاری دوره:		مطالب مورد نیاز جهت طرح در دوره:		سایر ویژگی های مورد انتظار:			
<ul style="list-style-type: none"> • • • • • • • 		<ul style="list-style-type: none"> • • • • • • • 		<ul style="list-style-type: none"> • • • • • • • 			
نام و سمت تکمیل کننده		مهر و امضاء تاریخ					