



مرکز آموزشی درمانی کودکان-دفتر پرستاری

فرم نیاز سنجی آموزشی سال ۱۳۹۸

کد: CH-NA-۱

تاریخ: ۹۲/۱/۳۰

آخرین بازنگری: ۹۷/۱۰

بخش:

تاریخ تکمیل:

ردیف	نیاز آموزشی پرستاران	ردیف	نیاز آموزشی کمک پرستاری	ردیف	نیاز آموزشی بیمار / خانواده
۱		۱		۱	
۲		۲		۲	
۳		۳		۳	
۴		۴		۴	
۵		۵		۵	
۶		۶		۶	
۷		۷		۷	
۸		۸		۸	
۹		۹		۹	
۱۰		۱۰		۱۰	

امضاء سرپرستار:

تاریخ و امضاء سوپروایزر آموزشی: