



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آبادان

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آبادان  
معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاه علوم پزشکی آبادان  
واحد آموزش ضمن خدمت

فرم شماره ۱

## لیست حضور و غیاب افراد شرکت کننده در دوره های آموزشی

عنوان دوره آموزشی : کد دوره : کد کلاس : کل ساعت دوره آموزشی :  
دوره آموزشی: شغلی  مشترک اداری  عمومی  ساعت شروع : ساعت پایان :  
تاریخ اجرای دوره : محل اجرای دوره : مدرس دوره خانم/آقا :

| ردیف | نام و نام خانوادگی | کد ملی | نوع استخدام | محل خدمت | تلفن همراه | امضا | نمره |
|------|--------------------|--------|-------------|----------|------------|------|------|
| ۱    |                    |        |             |          |            |      |      |
| ۲    |                    |        |             |          |            |      |      |
| ۳    |                    |        |             |          |            |      |      |
| ۴    |                    |        |             |          |            |      |      |
| ۵    |                    |        |             |          |            |      |      |
| ۶    |                    |        |             |          |            |      |      |
| ۷    |                    |        |             |          |            |      |      |
| ۸    |                    |        |             |          |            |      |      |
| ۹    |                    |        |             |          |            |      |      |
| ۱۰   |                    |        |             |          |            |      |      |
| ۱۱   |                    |        |             |          |            |      |      |
| ۱۲   |                    |        |             |          |            |      |      |
| ۱۳   |                    |        |             |          |            |      |      |

نام و نام خانوادگی و امضا رابط آموزشی