

Qualitätsmanagement-Ordner

HolsingVital GmbH
32361 Bad Holzhausen (Stadt Pr. Oldendorf)



Abfrage

von Schulungsmaßnahmen

F.GF.HV.011.01

Gültigkeit/Verteiler:

x												
Alle	GF	Med.	MSD	PD	PT	Phy	VwE	Kü	Se	HT	Fa	Re

Seminarteilnehmer: _____

Abteilung: _____

Bezeichnung der Veranstaltung: _____

vom: _____ **bis:** _____

Sehr geehrte Mitarbeiterin, sehr geehrter Mitarbeiter,

Sie haben an der obigen Weiterbildungsmaßnahme teilgenommen, die nunmehr abgeschlossen ist.

Bitte füllen Sie dieses Formular aus!

Wurden Ihre Erwartungen erfüllt?

☐

übertroffen

☐

erfüllt

☐

nicht erfüllt

Wurde Ihnen eine Teilnahmebescheinigung ausgehändigt?

☐

ja

☐

nein

Bei „ja“ bitte Kopie an die Verwaltungsleitung.

*Dieses Formular ist in jedem Falle ausgefüllt an die Verwaltungsleitung zurückzugeben.
Es wird in Ihrer Personalakte hinterlegt.*

Bemerkungen zu den Erwartungen:

Datum/Unterschrift Teilnehmer