**Thema der Schulung:**

**Ziel der Schulung:**

Referent:

**Schwerpunkte der Schulung:**

-

Die geschulten Mitarbeiter bestätigen mit Ihrer Unterschrift, dass sie an der Schulung teilgenommen haben, den Inhalt dieser Schulung verstanden haben und den

Schulungsinhalt in ihrem Arbeitsbereich anwenden werden.

| **Datum/Ort der Schulungsdurchführung:** |  |
| --- | --- |

**Teilnehmer**:

|  |  |
| --- | --- |
| **Name** | **Unterschrift** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Art der Wirksamkeitsmessung:**

**Direkte Messung durch:** **Indirekte Messung durch:**

Vier-Augen-Gespräch  Beobachtung durch Vorgesetzten

Gruppengespräch  Überprüfung der Arbeitsergebnisse

Fragebogen  externe Zertifikate

Sonstige \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Sonstige \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wurden mit dieser Maßnahme die gesetzten Ziele erreicht?  Ja  Nein

Wenn nein: Welche Maßnahme ist noch erforderlich?

Datum / Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_