कर्मचारी प्रशिक्षण रिकॉर्ड

कर्मचारी का नाम: _____ **पद:** _____

पहचान संख्या / कर्मचारी संख्या: _____ **कार्य आरंभ की तिथि:** _____

क्र.	तिथि	प्रशिक्षण का विषय	प्रशिक्षण का प्रकार प्रारंभिक / पुनश्चर्या / कार्य-विशेष	प्रशिक्षक	अवधि	अंक / परिणाम	कर्मचारी के हस्ताक्षर
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							

IL Safety Academy (ilsafety.com) का निःशुल्क टेम्पलेट। यह एक सामान्य टेम्पलेट है, आधिकारिक फ़ॉर्म नहीं — अपने कार्यस्थल पर लागू आवश्यकताओं की जाँच करें।