



Maschinentraining-Bedarfsanalyse (TNA)

Vor- und Nachname: _____
 Position: _____
 Telefon: _____
 E-Mail: _____
 Fax: _____
 Firma: _____

In welchem Land kommt die Maschine/Ausrüstung zum Einsatz? _____
 Wer ist in Ihrem Unternehmen Ansprechpartner für Trainings? _____
 Telefon: _____
 E-Mail: _____

Dieser Fragebogen hilft, Ihren Trainingsbedarf festzustellen:

1. An welchem Standort soll das Training für die jeweilige Zielgruppe stattfinden?

	Training an Ihrem Standort	Training an einem KRONES Akademie Standort
Bediener:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mechaniker:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektriker:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IT Fachkräfte:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teamleiter:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Bei wie vielen Personen je Zielgruppe besteht Trainingsbedarf?

Bediener:
Mechaniker:
Elektriker:
IT-Fachkräfte:
Teamleiter:
Andere: _____

3. Sind die zu schulenden Personen neue Mitarbeiter?

Bediener:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mechaniker:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Elektriker:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
IT-Fachkräfte:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Teamleiter:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Andere:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

4. Arbeiteten Ihre Mitarbeiter bereits mit dieser neuen ...

	Maschine/Ausrüstung?	Touchscreen-Applikation?
Bediener:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mechaniker:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Elektriker:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
IT-Fachkräfte:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Teamleiter:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Andere:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Dieser Bereich wird von KRONES ausgefüllt:

Name des KRONES Betreuers: _____

Abteilung: _____

SAP- oder
 Kommissionsnummer: _____

Datum (TT/MM/JJJJ): ____/____/____