

Abschlussbericht des Lern- und Experimentierraums

Name des Unternehmens:

Name des/der Prozessberater/in:

Datum der Evaluationsitzung:

Datum des Evaluationsberichts:

Ergebnisse der drei Arbeitsphasen und Bewertung

Bewertung des Konzepts und der Methode des Lern- und Experimentierraums

**Fortführung des Innovationsprozesses im Unternehmen
und Vereinbarungen für das weitere Vorgehen**

Wurde im Verlauf des Lern- und Experimentierraums ein Qualifizierungsbedarf festgestellt?

ja

nein

Wenn ja:

- Welche Qualifizierungsbedarfe bestehen?
- Sind Ihnen Schulungsangebote bekannt, die den im Lern- und Experimentierraum identifizierten Qualifizierungsbedarf decken?

Teilnehmer/innen der Evaluationssitzung

Lenkungskreis

Vertretung der Geschäftsführung

Name: Unterschrift:

Name: Unterschrift:

Name: Unterschrift:

Betriebsrat (falls vorhanden)

Name: Unterschrift:

Name: Unterschrift:

oder Vertretung der Beschäftigten

Name: Unterschrift:

Name: Unterschrift:

Lab-Team-Verantwortliche/r

Name: Unterschrift:

Lab-Team

Name: Unterschrift:

Name: Unterschrift: