

دانشگاه علوم پزشکی تهران

معاونت آموزشی

مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی

فرم درخواست امتیاز آموزشی کارگاه­ها

و دوره­های توانمندسازی

آموزشی اعضای هیات علمی

فرم شماره یک

|  |
| --- |
| **عنوان کارگاه:** |

|  |
| --- |
| **ضرورت و کاربرد کارگاه:** |

|  |
| --- |
| **طول کارگاه آموزشی:** |
|  |

|  |
| --- |
| **نحوه اعلام فراخوان و شرایط داوطلبین شرکت در کارگاه:** |
| **محل آموزش:** |

|  |
| --- |
| **جدول زمانی کارگاه:** |

|  |
| --- |
| **روش های یادهی ـ یادگیری:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **مسئول کارگاه** | | |
| **نام و نام خانوادگی:**  **تخصص/ رشته:**  **رتبه علمی:**  **شماره تلفن ثابت:**  **شماره همراه:**  **پست الکترونیک:** | | |
| **مدرسین کارگاه** |  |
| **ردیف:**  **نام و نام­خانوادگی:**  **تخصص/ رشته:**  **رتبه علمی:**  **گروه آموزشی:**  **سابقه تدریس مبحث کارگاه:**  **سابقه انجام پروژه­های پژوهشی یا توسعه­ای در زمینه مبحث کارگاه** | |

|  |
| --- |
| **آیا تمهیدات لازم برای پرداخت حق الزحمه مدرس حداکثر تا یک ماه پس از اتمام دوره فراهم شده است؟**  **بلی خیر** |

|  |
| --- |
| **ظرفیت پذیرش کارگاه (پیشنهادی):** |

فرم شما ره دو

|  |
| --- |
| **فرم ارائه گزارش برگزاری کارگاه توانمندسازی آموزشی** |

|  |
| --- |
| **زمان برگزاری کارگاه:**  **مکان برگزاری کارگاه:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **اسامی شرکت­کنندگان کارگاه:** | **ساعت حضور مفید در کارگاه :** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **اسامی مدرسین کارگاه آموزشی:** | **ساعت حضور:** |
|  |  |