

برگه درخواست صدور مدرک دوره تکمیلی تخصصی / فوق تخصصی

ویژه اعضای هیأت علمی واجد شرایط مندرج در مصوبه نود و دومین نشست شورای آموزش پزشکی و تخصصی تاریخ ۹۹/۰۴/۰۷

مشخصات متقاضی مدرک	<p>نام و نام خانوادگی: رشته تحصیلی: گروه آموزشی:</p> <p>مرتبه علمی: نوع استخدام:</p> <p>نام دوره:</p>
نظریه مرکز	<p>نظر رئیس بخش</p> <p>نام و نام خانوادگی:</p> <p>موافق <input type="checkbox"/> مخالف <input type="checkbox"/> مشروط <input type="checkbox"/> مهر و امضاء: توضیحات: تاریخ:</p>
نظریه گروه	<p>نظر مدیر گروه</p> <p>نام و نام خانوادگی:</p> <p>موافق <input type="checkbox"/> مخالف <input type="checkbox"/> مشروط <input type="checkbox"/> مهر و امضاء: توضیحات: تاریخ:</p>
نظریه دانشکده	<p>نظر هیأت رئیسه دانشکده</p> <p>نام و نام خانوادگی:</p> <p>موافق <input type="checkbox"/> مخالف <input type="checkbox"/> مشروط <input type="checkbox"/> مهر و امضاء: توضیحات: تاریخ:</p>
نظریه تحصیلات تکمیلی	<p>گواهی دوره های طی شده مرتبط داخل یا خارج کشور با تأیید کمیسیون ارزشیابی خدمات آموزشی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>گواهی تأیید راه اندازی رشته: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>زمان راه اندازی رشته:</p> <p>سنوات تربیت دستیار در رشته مورد نظر:</p> <p>تعداد و سنوات تربیت دستیار در رشته مورد نظر: (فایل اسامی دستیاران به تفکیک سال دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>)</p> <p>نقش فرد در راه اندازی دوره:</p>
هیأت ممیزه	<p>نظر هیأت ممیزه دانشگاه</p> <p>نام و نام خانوادگی:</p> <p>موافق <input type="checkbox"/> مخالف <input type="checkbox"/> مشروط <input type="checkbox"/> مهر و امضاء رئیس دانشگاه: توضیحات: شماره صورتجلسه: تاریخ:</p>