

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت آموزشی - اداره کل آموزش جامعه پزشکی

پرشنامه مشخصات حضوری آموزش مداوم به منظور تعیین امتیاز

<p>۱- عنوان برنامه :                  نوع برنامه (کنفرانس ، کارگاه ، سمینار ،.....):</p>	
<p>اولویت برنامه(عادی، عمومی، اختصاصی، منطقه ای ، بین رشته ای):</p> <p>نحوه اجرا(خاص، عام):</p>	
<p>۲- سازمان برگزار کننده :</p> <p>آدرس محل برگزاری :</p> <p>تعداد تقریبی شرکت کنندگان :</p>	<p>واحد مجری : گروه .....</p> <p>ظرفیت سالن :</p> <p>تلفن واحد مجری برای کسب اطلاعات بیشتر:</p>
<p>تاریخ برگزاری : از تاریخ :</p> <p>لغایت :</p> <p>از ساعت : الی :</p>	
<p>هدف اختصاصی برنامه :</p>	
<p>هدف کلی برنامه :</p>	
<p>اعضای کمیته علمی :</p>	
<p>نام و نام خانوادگی :</p> <p>تخصص :</p> <p>رتبه علمی :</p> <p>کد ملی :</p>	<p>نام و نام خانوادگی :</p> <p>تخصص :</p> <p>رتبه علمی :</p> <p>کد ملی :</p>
<p>نام و نام خانوادگی :</p> <p>تخصص :</p> <p>رتبه علمی :</p> <p>کد ملی :</p>	<p>نام و نام خانوادگی :</p> <p>تخصص :</p> <p>رتبه علمی :</p> <p>کد ملی :</p>
<p>نام و نام خانوادگی :</p> <p>تخصص :</p> <p>رتبه علمی :</p> <p>کد ملی :</p>	<p>نام و نام خانوادگی :</p> <p>تخصص :</p> <p>رتبه علمی :</p> <p>کد ملی :</p>
<p>نام و نام خانوادگی :</p> <p>تخصص :</p> <p>رتبه علمی :</p> <p>کد ملی :</p>	<p>نام و نام خانوادگی :</p> <p>تخصص :</p> <p>رتبه علمی :</p> <p>کد ملی :</p>
<p>بررسی نیاز : الزام وزارتخانه ای</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>سابقه اجرای برنامه :</p> <p>روش اجرا :</p> <p>روش ارزشیابی :</p>	

برنامه برای مشمولین چه رشته هایی تدوین شده است :

درمرتبه اول برای :

درمرتبه دوم برای :

درمرتبه سوم برای :

بررسی نیاز :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> اطلاعات اپیدمیولوژیک        | <input type="checkbox"/> نظر متخصصین                               |
| <input type="checkbox"/> درخواست مدیران              | <input type="checkbox"/> ورود اطلاعات جدید و مهارت های کلیدی       |
| <input type="checkbox"/> تحقیقات بیمارستانی و کلینیک | <input type="checkbox"/> بر اساس نیازسنجی سالیانه مرکز آموزش مداوم |
| <input type="checkbox"/> وقایع ویژه                  | <input type="checkbox"/> نظر فراگیران                              |
| <input type="checkbox"/> درخواست بیماران یا مددجویان | <input type="checkbox"/> تصمیمات سیاست گزاران                      |
| <input type="checkbox"/> مطالعات بهداشتی             | <input type="checkbox"/> نیازسنجی انجام شده در وزارت بهداشت        |
| <input type="checkbox"/> شکایات و مدیریت خطر         | <input type="checkbox"/> درخواست گروه های تخصصی                    |

حق ثبت نام پیشنهادی : روزانه .....ریال در مجموع ..... ریال

شماره حساب جهت ثبت در سیستم :

مشخصات دبیر علمی برنامه :

نام و نام خانوادگی :	تخصص :	رتبه علمی :
کد ملی :	کارگاه های گذرانده شده :	مهر و امضا دبیر علمی برنامه:

نام خانوادگی رئیس / معاون آموزشی دانشگاه علوم پزشکی / دانشکده / انجمن و ..... مرکز مجری

امضا و مهر مرکز تاریخ:

ثبت نام برنامه به صورت آنلاین باشد :  بله  خیر

آیا جهت برگزاری برنامه با هیچ مرکز دیگری همکاری می شود ؟

همکاری نمی شود  یک مرکز همکار  دو مرکز همکار  سه مرکز همکار

در صورت همکاری مرکز باید نامه همکاری آن مرکز نیز ضمیمه گردد .