

**تذکر : این پرسشنامه بصورت کلی طراحی شده و تکمیل کنندگان می توانند بسته به میزان اطلاعات ، قسمتهای مختلف پرسشنامه را توسعه داده جزئیات برنامه را در آن قید نمایند تا اطلاعات بطور کامل به اداره کل ارسال گردد.**

۱. عنوان برنامه : ( ذکر کد برنامه مدون الزامی می باشد )																					
۲. سازمان برگزار کننده : دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ، درمانی شهید شهر محل برگزاری : بهشتی آدرس محل برگزاری :	۳. تاریخ برگزاری : از تاریخ : لغایت : از ساعت : الی ساعت :																				
۴. آیا قبلاً این برنامه یا مشابه آن برگزار شده است ؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن ، امتیازات ویژه برنامه نسبت به برنامه قبلی ذکر شود.	۵. هدف کلی برنامه :																				
۶. اهداف اختصاصی اجرای برنامه : (۱) (۲) (۳)																					
۷. اعضاء کمیته علمی برنامه (شامل نام ، تخصص ، رتبه علمی و دانشگاه محل کار) که با آنان قبلاً هماهنگی بعمل آمده است :																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">نام</th> <th style="width: 25%;">تخصص</th> <th style="width: 25%;">رتبه علمی</th> <th style="width: 25%;">دانشگاه محل کار</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		نام	تخصص	رتبه علمی	دانشگاه محل کار																
نام	تخصص	رتبه علمی	دانشگاه محل کار																		
۸. برنامه تفصیلی طبق لیست پیوست قید گردد:																					
۹. برنامه به چه زبانی ارائه میگردد: در صورتیکه برنامه به زبانی به غیر از زبان فارسی ارائه میگردد آیا ترجمه همزمان انجام میشود : در صورتیکه سخنرانی توسط سخنرانان خارجی ارائه میگردد اسامی سخنرانان ، تخصص ، رتبه علمی و کشور آنان ذکر شود.																					
۱۰. برنامه برای مشمولین چه رشته هایی تدوین شده است (با ذکر درصد امتیاز پیشنهادی) : الف) در مرتبه اول برای : ب) در مرتبه دوم برای : ج) در مرتبه سوم برای : * رشته ها به تفکیک ذکر گردند .																					
۱۱. تعداد تقریبی سخنرانان :	۱۲. تعداد تقریبی شرکت کنندگان :																				

۱۳. مشخصات طراحی علمی برنامه :

الف) بررسی نیاز دارد  ندارد

در صورت داشتن بررسی نیاز ، کدامیک از منابع زیر مورد استفاده قرار گرفته است ؟

خواهشمند است در صورت استفاده ها از منابع ذیل توضیح و مدارک مربوطه ضمیمه گردد .

۱.اطلاعات اپیدمیولوژیک  ۲.وقایع ویژه  ۳.تصمیمات  ۴.شکایات مدیریت خطر

۵. نظر متخصصین  ۶. بیماران/مددجویان  ۷.نظر فراگیران  ۸. درخواست گروههای تخصصی

۹.درخواست مدیران  ۱۰. ورود اطلاعات جدید و مهارتهای کلیدی  ۱۱. مطالعات بهداشتی

۱۲. تحقیقات بیمارستانی و کلینیکی

۱۳. سایر منابع با ذکر مورد

ب) روش اجرا :

توضیح هرگونه نو آوری در اجرا :

ج) ارزشیابی :

ارزشیابی آگاهی و دانش دارد  ندارد

توضیح روش ارزشیابی فوق :

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

۱۵. آدرس دقیق برای ثبت نام و کسب اطلاعات بیشتر (جهت درج در تقویم اداره کل) :

تلفن : کد شهرستان : داخلی :

شماره تلفن ضروری جهت تماس اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی با آن مرکز :

۱۶. مشخصات دبیر علمی برنامه :

نام و نام خانوادگی	تخصص	رتبه علمی	کارگاههای آموزشی گذرانده شده

امضاء

تاریخ

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

امضاء و مهر

معاون آموزشی دانشگاه

تاریخ

۱۸. نام و نام خانوادگی رئیس/ معاون آموزشی دانشگاه علوم پزشکی/دانشکده / انجمن و ..... مرکز همکار :

امضاء و مهر مرکز

تاریخ



## فرم اطلاع رسانی برنامه

### دبیر محترم برنامه :

با سلام و تشکر از همکاری شما به جهت برگزاری برنامه آموزش مداوم در صورتی که تمایل داشته باشید برنامه پیشنهادی شما در روزنامه های کثیرالانتشار اطلاع رسانی شود این دفتر در صورتی که زمان کافی در اختیار داشته و منعی در این باره وجود نداشته باشد اقدام خواهد نمود ، اما قبلاً لازم است موارد ذیل را به استحضار برساند:

\* آگهی برنامه هایی که ثبت نام آن در این دفتر صورت نمی گیرد تنها جنبه اطلاع رسانی داشته و این دفتر مسئولیتی در قبال متقاضیان شرکت در آنها نمی پذیرد.

\* در صورت تکمیل نکردن این فرم توسط دبیر محترم برنامه به هیچ وجه اطلاع رسانی برنامه مربوطه صورت نخواهد پذیرفت .

\* در صورت تغییر مندرجات مسئولیت اطلاع رسانی مجدد به شرکت کنندگان و پاسخگویی از این بابت به عهده دبیر واحد مجری برنامه خواهد بود.

نام و نام خانوادگی دبیر برنامه :

سمت سازمانی :

محل کار دبیر :

عنوان برنامه:

تاریخ برگزاری :

مکان برگزاری :

طریقه ثبت نام:

شماره تلفن (که ترجیحاً فرد بدون واسطه بتواند کسب اطلاع نماید و اگر ندرتاً شماره مستقیم مقدور نبود و اپراتور جواب می دهد ذکر شود که باید با کدام واحد ارتباط برقرار شود):

عنوان رسمی واحد پاسخگو:

امضاء دبیر برنامه:

نام و امضاء پاسخگویی تلفن :

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.  
This page will not be added after purchasing Win2PDF.