



**فرم درخواست
راه اندازی دوره های جدید تکمیلی
تخصصی
(ویژه ی دانشگاه درخواست کننده)**

نام و نام خانوادگی مدیر برنامه یا تکمیل کننده ی فرم : _____

دانشگاه : _____ رتبه دانشگاهی : _____

گروه آموزشی : _____

* عنوان دوره به فارسی و انگلیسی :

فارسی : _____

انگلیسی : _____

* طول دوره به سال : _____

* هدف اصلی از راه اندازی این دوره :

ارائه خدمات کیفی سلامت به «جامعه»

(تربیت نیرو برای خدمت در جامعه - ورودی همه متخصصین رشته مادر)

توسعه علم

(تربیت نیرو فقط برای دانشگاهها به منظور ارتقای آموزش و پژوهش-ورودی اعضای هیئت علمی)



دبیرخانه

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
شورای آموزش پزشکی و تخصصی

* دلایل نیاز به راهاندازی این دوره در کشور (مشکلات ناشی از نبودن برنامه در کشور ، مزایای آموزشی ، پژوهشی و تشخیصی درمانی آن) :

	✓
	✓
	✓
	✓
	✓

* برنامه پیشنهادی در کدامیک از دانشگاه‌های معتبر کشورهای آمریکایی ، اروپایی ، کانادایی ، استرالیایی و آسیایی مطرح وجود دارد . لطفاً به ۲ مورد اشاره فرمایید .

کشور	نشانی سایت قابل دسترسی به برنامه

لطفاً یک نمونه از برنامه ، ضمیمه شود .

* برنامه پیشنهادی در کدامیک از دانشگاه‌های معتبر کشورهای مطرح منطقه وجود دارد . لطفاً به یک مورد اشاره فرمایید .

کشور	نشانی سایت قابل دسترسی به برنامه

لطفاً یک نمونه از برنامه‌ها، ضمیمه شود .



وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
شورای آموزش پزشکی و تخصصی

دبیرخانه

* مشخصات و سوابق آموزشی اعضای محترم هیات علمی که در راهاندازی دوره در آن دانشگاه دخالت فعال خواهند داشت . (این افراد بایستی در زمینه‌ی مورد بحث واجد مدرک معتبر و یا ۱۰ سال سابقه کار و تجربه‌ی عملی داشته باشند و خود حاضر باشند در این زمینه همکاری نمایند) .

تولیدات علمی و فکری			سنوات کار در موضوع مربوطه	رتبه‌ی دانشگاهی	مدرک مرتبط با دوره	نام و نام خانوادگی
مقاله ISI	تشویق بین‌المللی	جوایز علمی				

* خواهشمند است موارد زیر توسط مدیر یا پیگیری‌کننده‌ی محترم برنامه تکمیل شود :

نام و نام خانوادگی : _____

مدرک تحصیلی : _____

دانشگاه : _____ بیمارستان : _____

رتبه‌ی دانشگاهی : _____ سنوات کار بر روی موضوع مورد بحث : _____

تلفن ثابت : _____ تلفن همراه : _____

نشانی الکترونیک : _____

محل امضاء مدیر یا پیگیری‌کننده‌ی برنامه :