



دبيرخانه

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

# فرم درخواست

## راه اندازی دوره های جدید تکمیلی

### تخصصی

#### (ویژه دانشگاه درخواست کننده)

----- نام و نام خانوادگی مدیر برنامه یا تکمیل کننده فرم :

----- رتبه دانشگاهی : ----- دانشگاه :

----- 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)



دبيرخانه

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

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

	✓
	✓
	✓
	✓
	✓

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

نشانی سایت قابل دسترسی به برنامه	کشور

لطفاً یک نمونه از برنامه ، ضمیمه شود .

\* برنامه پیشنهادی در کدامیک از دانشگاه های معترک کشورهای مطرح منطقه وجود دارد . لطفاً به یک مورد اشاره فرمایید .

نشانی سایت قابل دسترسی به برنامه	کشور

لطفاً یک نمونه از برنامه ها ، ضمیمه شود .



دبيرخانه

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

\* اقدامات عمدی تشخیصی درمانی که به این دوره هویت میبخشد و امکان پرداختن به آن در دوره تخصصی موجود نیست کدامند ؟ کادرقابل گسترش است.

اقدامات تشخیصی درمانی ویژه	مدّت موردنیاز برای کسب مهارت

\* لطفاً مشخصات چند ژورنال اختصاصی که دربارهٔ موضوع خاص مورد درخواست در دنیا یا داخل کشور منتشر می‌شود را ذیلاً بیاورید :

نام ژورنال	کشور	محل ایندکس		
		ISI	Pub med	سایر موارد



دبيرخانه

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

\* لطفاً مستنداتی را که بیانگر آن است که راهاندازی این دوره میتواند در کشور موجب «سرآمدی» و «مرجعیت» علمی شود ، ارائه فرمایید .

مشخصات فرد یا افراد شاخصی که از آن دانشگاه در انجمن‌ها و آکادمی‌های معترض علمی جهان ، پیرامون دوره پیشنهادشده عضویت دارند :

نام و نام خانوادگی	رتبه	انجمن یا آکادمی

مشخصات اثر ملی یا بین‌المللی درباره‌ی موضوع دوره‌ی پیشنهادی که توسط فرد یا افرادی در آن دانشگاه ایجاد شده است :

نام و نام خانوادگی	رتبه	نام اثر بین‌المللی یا ملی

مشخصات فرد یا افرادی که در آن دانشگاه در رابطه با موضوع دوره‌ی پیشنهادی موفق به دریافت جایزه یا لقب بین‌المللی یا ملی شده‌اند :

نام و نام خانوادگی	رتبه	جایزه یا لقب ملی یا بین‌المللی

شرایط انحصاری یا ویژه که در رابطه با دوره در آن دانشگاه وجود دارد :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....



دبيرخانه

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

مشخصات اختراع ، اكتشاف و **patents** ثبت شده در رابطه با موضوع دوره‌ی پیشنهادی در آن

دانشگاه:

---

---

---

---

\* این دوره در انجام مهارت‌های اصلی با چه دوره یا رشته‌هایی تداخل عملی دارد؟

راه حل منطقی برای جلوگیری از تداخلات مرفه‌ای	مهارت	رشته یا دوره



دبيرخانه

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

\* دلایلی که نشانگر آن است که با راه اندازی این دوره رشته مادر تقویت می شود و تضعیف نمی شود  
را نام ببرید : قادر قابل گسترش است.

	✓
	✓
	✓
	✓
	✓

\* ترکیب تیم چند تخصصی را برای اجرای این برنامه به جز تخصص اصلی توضیح دهید .

وظایف اصلی	نوع ارتباط با گروه اصلی			تفصیل
	مشاور	وابسته	پیوسته	



دبيرخانه

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

\* مشخصات و سوابق آموزشی اعضای محترم هیات علمی که در راه اندازی دوره در آن دانشگاه دخالت فعال خواهند داشت . ( این افراد بایستی در زمینه مورد بحث واحد 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			سالهای مورد بررسی	عنوان کار	دانشگاهی	مدرک مرتبه با دوره	نام و نام خانوادگی
مقاله ISI	تبیهی	آینده					

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

نام و نام خانوادگی :

مدرک تحصیلی :

دانشگاه : \_\_\_\_\_ بیمارستان : \_\_\_\_\_

سنوات کار بر روی موضوع مورد بحث : \_\_\_\_\_ رتبه‌ی دانشگاهی : \_\_\_\_\_

تلفن همراه : \_\_\_\_\_ تلفن ثابت : \_\_\_\_\_

نشانی الکترونیک : \_\_\_\_\_

محل امضاء مدیر یا پیگیری‌کننده‌ی برنامه :



دبيرخانه

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

شورای آموزش پزشکی و تخصصی



دبيرخانه

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

\* مشخصات و سوابق آموزشی اعضای محترم هیات علمی که در راه اندازی دوره در آن دانشگاه دخالت فعال خواهند داشت . ( این افراد بایستی در زمینه مورد بحث واحد 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			سالهای مورد بررسی	عنوان کار	دانشگاهی	مدرک مرتبه با دوره	نام و نام خانوادگی
مقاله ISI	تبیهی	آزمون					

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

نام و نام خانوادگی :

مدرک تحصیلی :

دانشگاه : \_\_\_\_\_ بیمارستان : \_\_\_\_\_

سنوات کار بر روی موضوع مورد بحث : \_\_\_\_\_ رتبه‌ی دانشگاهی : \_\_\_\_\_

تلفن همراه : \_\_\_\_\_ تلفن ثابت : \_\_\_\_\_

نشانی الکترونیک : \_\_\_\_\_

محل امضاء مدیر یا پیگیری‌کننده‌ی برنامه :