به نام خدا



معاونت آموزشی دانشگاه

مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی

واحد توانمندسازی آموزشی اعضای هیأت علمی

فرم درخواست امتیاز توانمندسازی آموزشی

|  |  |
| --- | --- |
| **مشخصات برنامه** | |
| **عنوان برنامه** |  |
| **اهداف آموزشی** |  |
| **ضرورت و کاربرد برنامه** |  |
| **مدت زمان اجرای برنامه** |  |
| **محل اجرای برنامه** |  |
| **جدول زمانی برنامه** |  |
| **مشخصات مدرس** | |
| **نام و نام­خانوادگی** |  |
| **تخصص/ رشته** |  |
| **رتبه علمی** |  |
| **سابقه تدریس مبحث کارگاه** |  |
| **سابقه فعالیت­های پژوهشی یا توسعه­ای در زمینه موضوع مورد نظر** |  |