

بسمه تعالی
وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
معاونت آموزشی - اداره کل آموزش مداوم
پرسشنامه مشخصات برنامه های حضوری آموزش مداوم بمنظور تعیین امتیاز

تذکر : این پرسشنامه بصورت کلی طراحی شده و تکمیل کنندگان می توانند بسته به میزان اطلاعات ، قسمتهای مختلف پرسشنامه را توسعه داده ، جزییات 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 برگزارکننده :	شهر محل برگزاری :
آدرس محل برگزاری :	ظرفیت سالن :
۳- تاریخ برگزاری : از تاریخ :	تاریخ برگزاری : لغایت :
از ساعت : الی ساعت :	
۴- آیا قبلا این برنامه یا مشابه آن برگزار شده است ؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	
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 قبلا هماهنگی بعمل آمده است :	
۸- برنامه تفصیلی طبق لیست پیوست قید گردد:	
۹- برنامه به چه زبانی ارائه میگردد:	
در صورتیکه برنامه به زبانی به غیراز زبان فارسی ارائه میگردد آیا ترجمه همزمان انجام میشود:	
در صورتیکه 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 از منابع ذیل توضیح و مدارک مربوطه ضمیمه گردد .

۱- اطلاعات اپیدمیولوژیک ۲- وقایع ویژه ۳- تصمیمات سیاستگذاران ۴- شکایات / مدیریت خطر

۵- نظر متخصصین ۶- درخواست 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 هر گونه نوآوری 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) :

رشت ، خیابان نامجو، خیابان شهید سیادتى ، ساختمان معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دفتر آموزش مداوم

تلفن : ۳۲۳۴۲۸۹ کد شهرستان : ۰۱۳۱ داخلی :

۱۵- مشخصات دبیر علمی برنامه :

نام و نام خانوادگی :

کارگاههای آموزشی گذرانده شده :

رتبه علمی :

تخصص :

امضاء :

تاریخ :

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

دکتر علی منفرد

معاون آموزشی دانشگاه

امضاء و مهر مرکز

تاریخ :

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

امضاء و مهر مرکز

تاریخ :

