

| | |
|--|---|
| | |
| : ۱-عنوان برنامه : (ذکر کد برنامه مدون الزامی می باشد) | |
| شهر محل برگزاری : | ۲- سازمان برگزار کننده : |
| ظرفیت سالن: | - آدرس محل برگزاری : |
| از ساعت : | ۳- تاریخ برگزاری : از تاریخ لغایت: |
| الی ساعت : | ۴- آیا قبلاً 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 قبلی ذکر شود؟ |
| ۵- هدف کلی برنامه: | |
| ۶- اهداف اختصاصی اجرای برنامه : | |
| (۱) | |
| (۲) | |
| (۳) | |
| (۴) | |
| ۷- اعضاء کمیته علمی برنامه(شامل نام ، تخصص ، رتبه علمی و دانشگاه محل کار) که با آنان قبلاً هماهنگی به عمل آمده است: | |
| ۸- برنامه تفصیلی طبق لیست پیوست قید گردد. | |
| ۹- برنامه به چه زبانی ارائه میگردد. در صورتیکه برنامه به زبانی 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 نیاز سنجی ، 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 سیاستگزاران ۴- شکایات/ مدیریت خطر ۵- نظر متخصصین ۶- درخواست بیماران / مددجویان ۷- نظر فراگیران ۸- درخواست گروه های 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 :

۴ - حق ثبت نام پیشنهادی : روزانه در مجموعریال

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

سمنان- بلوار بسیج - ساختمان شماره ۲ ستاد مرکزی دانشگاه - معاونت آموزشی و پژوهشی مرکز آموزش مداوم جامعه پزشکی - شماره تلفن مرکز ۴۴۴۱۷۳۰ کد شهرستان: ۰۲۳۱ داخلی(۲۳۰۵) - ۴۴۴۱۰۲۱ - شماره تلفن ضروری جهت تماس اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی با آن مرکز: ۴۴۴۱۷۳۰

۱۶- مشخصات دبیر علمی برنامه:

نام و نام خانوادگی :

تخصص:

رتبه علمی:

کارگاه های آموزشی گذرانده شده:

امضاء :

تاریخ :

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

امضاء و مهر مرکز

تاریخ

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

امضاء و مهر مرکز

تاریخ

