**بسمه تعالی**

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی – درمانی اصفهان**

**معاونت آموزشی**

**اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی**

**پرسشنامه مشخصات شرکت کنندگان در سمینارها ، کنگره ها و دوره های آموزش مداوم خارج از کشور به منظور تعیین امتیاز آموزش مداوم**

**همکار گرامی**

**بمنظور تسریع در تعیین امتیاز آموزش مداوم خارج از کشور خواهشمند است فرم زیر را به طور کامل و خوانا تکمیل با اصل و کپی گواهی خارج از کشور به اداره آموزش مداوم ارسال فرمایید.**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **نام و نام خانوادگی :**
2. **رشته تحصیلی :**
3. **شماره نظام پزشکی :**
 | **12 – نحوه شرکت شما در برنامه :****شرکت کننده****سخنران****شرکت کننده و سخنران****سایر موارد با ذکر مشخصات** |
| **4 – نام برنامه :** |
| **5 – محل برگزاری :****6 – سازمان برگزار کننده :** | **13 13- ریز عناوین بحث شده در برنامه با توجه چه رشته تخصصی :** |
| **7 – زمان برگزاری : از تاریخ لغایت**  |
| **8- برنامه برای متخصصین چه رشته هایی عرضه شده است****الف –** **ب –** **ج -**  | **14- نوع فعالیت شغل****شاغل در بخش دولتی****آزاد** |
| **9- تعداد ساعات کل برنامه :****10- تعداد کل ساعات بحث مربوط به رشته تخصصی متقاضی** | **تلفن همراه:** |
| **11- نحوه و اجرای برنامه :****وبینار****سخنرانی****سخنرانی ، کار عملی ، بحث گروهی****کارگروهی****کار عملی در بخش****خودآموزی آنلاین****سایر موارد با ذکر نام**  |
| **نام و نام خانوادگی :****تاریخ امضاء** |

**فرم شماره 31**