**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**