

بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
معاونت آموزشی - اداره کل آموزش جامعه پزشکی  
پرسشنامه مشخصات کارگاه آموزشی به منظور تعیین امتیاز

تذکر: این پرسشنامه به صورت قالب کلی طراحی شده و تکمیل کنندگان می توانند بسته به میزان اطلاعات، قسمتهای مختلف پرسشنامه را توسعه داده و جزئیات 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- آدرس محل برگزاری: آدرس محل برگزاری:	شهر محل برگزاری: ظرفیت سالن:
۳- تاریخ برگزاری: از تاریخ	لغایت: از ساعت:
۴- آیا قبلاً این برنامه یا مشابه آن برگزار شده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
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 قبلاً هماهنگی بعمل آمده است : (الف) (ب) (ج)	
۸- برنامه تفضیلی طبق لیست پیوست قید گردد :	
۹- برنامه به چه زبانی ارائه میگردد : در صورتیکه برنامه به زبانی به 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 رشتههایی 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 :	

<p>۱۲- تعداد تقریبی شرکت کنندگان :</p>	<p>۱۱- تعداد تقریبی سخنرانان :</p>
<p>۱۲- مشخصات طراحی علمی برنامه :</p> <p>الف) بررسی نیاز دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>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.</p> <p>۱- اطلاعات اپیدمیولوژیک <input type="checkbox"/> ۲- وقایع ویژه <input type="checkbox"/> ۳- تصمیمات سیاستگذاران <input type="checkbox"/> ۴- شکایات / مدیریت خطر <input type="checkbox"/></p> <p>۵- نظر متخصصین <input type="checkbox"/> ۶- درخواست بیماران / مددجویان <input type="checkbox"/> ۷- نظر فراگیران <input type="checkbox"/> ۸- درخواست گروه‌های تخصصی <input type="checkbox"/></p> <p>۹- درخواست مدیران <input type="checkbox"/> ۱۰- ورود اطلاعات جدید و مهارت‌های کلیدی <input type="checkbox"/> ۱۱- مطالعات بهداشتی <input type="checkbox"/> ۱۲- تحقیقات بیمارستانی و کلینیکی <input type="checkbox"/></p>	
<p>۱۳- سایر منابع با ذکر مورد :</p> <p>ب- روش اجرا :          - توضیح هر گونه نوآوری در اجرا:</p> <p>ج- ارزشیابی :          ارزشیابی آگاهی و دانش دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>- توضیح روش ارزشیابی فوق:</p>	
<p>۱۴- حق ثبت نام پیشنهادی: روزانه.....ریال</p>	<p>در مجموع.....ریال</p>
<p>۱۵- آدرس دقیق برای ثبت نام و کسب اطلاعات بیشتر (جهت درج در تقویم اداره کل):</p> <p>تلفن : کدشهرستان : داخلی :</p> <p>شماره تلفن ضروری جهت تماس اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی با آن مرکز :</p>	
<p>۱۶- مشخصات دبیر علمی برنامه :</p> <p>نام و نام خانوادگی : تخصص :</p> <p>کارگاه‌های آموزشی گذرانده شده : رتبه علمی :</p> <p>امضاء : تاریخ :</p>	
<p>۱۷- نام و نام خانوادگی رئیس / معاون آموزشی دانشگاه علوم پزشکی / دانشکده / انجمن مرکز مجری :</p> <p>امضاء و مهر مرکز : تاریخ :</p>	
<p>۱۸- نام و نام خانوادگی رئیس / معاون آموزشی دانشگاه علوم پزشکی / دانشکده / انجمن مرکز همکار :</p> <p>امضاء و مهر مرکز : تاریخ :</p>	

بسمه تعالی

روز اول

تاریخ برنامه	ساعت	عنوان سخنرانی، کارگاه، میزگرد و ...	نام و نام خانوادگی سخنران	تخصص سخنران

روز دوم

تاریخ برنامه	ساعت	عنوان سخنرانی، کارگاه، میزگرد و ...	نام و نام خانوادگی سخنران	تخصص سخنران