

برنامه فعالیت هفتگی اساتید گروه‌های آموزشی علوم بالینی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی (فرم خوداظهاری)

خانم/آقای دکتر..... گروه (علوم بالینی)..... ماهیانه / نیمسال / از مهر ماه تا آخر خرداد ماه سال تحصیلی.....

سنوات خدمت..... رتبه علمی..... نحوه فعالیت: پاره وقت / تمام وقت / تمام وقت جغرافیائی

ایام هفته	ساعات	کلاس نظری/تئوری	کلاس عملی	راند	اتاق عمل	درمانگاه	گزارش صبحگاهی	کنفراس	مقطع فراگیر	نوع فعالیت	
										* سایر موارد با ذکر نام	** محل حضور
شنبه											دانشکده / بیمارستان / آزمایشگاه / کلاس / سایر
یکشنبه											
دوشنبه											
سه شنبه											
چهارشنبه											
پنجشنبه											

\*\*محل حضور: بعنوان مثال: بیمارستان الزهراء، کلاس شماره ۲

\* سایر موارد: مشاوره دانشجویی، ژورنال کلاب، گزارش شفاهی، شرکت در جلسات گروه، دانشکده، ...، مسئولیتهای اجرایی

- ساعات بسته به گروه و فرد می تواند تغییر کند و تعداد ردیفهای مربوط به ساعت در جدول تغییر یابد. -گروه لازم است تعداد انکالی (در ایام هفته و تعطیلات) و مقیمی را به صورت ماهانه گزارش دهد.

امضاء .....

تاریخ تکمیل فرم.....

