**بسمه تعالی**

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

دفتر گسترش و ارزیابی آموزش پزشکی

فرم تقاضا برای تاسیس رشته تحصیلی

**نام و آدرس موسسه آموزشی : دانشکده پزشکی – دانشگاه علوم پزشکی اصفهان واحد آموزشی**

**رشته مورد تقاضا:**

**مقطع مورد نیاز: نام و سمت متقاضی:**

**علت یا علل لزوم تشکیل چنین رشته یا دوره آموزش عالی را دقیقاً بیان نمائید. در صورت لزوم از یک برگ کاغذ اضافی استفاده نمائید.**

**وجه امتیاز و وجوه تمایز رشته آموزشی مورد پیشنهاد خود را در مقایسه با رشته های مشابه در دانشگاهها و دانشکده های علوم پزشکی بیان نمائید.**

**برای شروع کار چه مقدار سرمایه ، فضای آموزشی، تجهیزات در اختیار دارید؟**

**فضاهای آموزشی موجود در گروه :**

**محل جغرافیایی برگزاری کلاسهای آموزشی :**

**آیا از حمایت مالی، فنی و آموزشی هیچ سازمان، موسسه علمی و یافردی برخوردارید؟ لطفاً شرح دهید.**

**از چه منبعی این اعتبارات را تامین خواهید نمود؟ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان**

**چند نفر و یا چه تخصص هایی به عنوان اعضای هیات علمی و فنی در اختیار دارید؟**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی** | **مدرک تحصیلی** | **رشته تحصیلی** | **نام موسسه آموزشی** | **رتبه** | **محل و سال اخذ/ مدرک** | **شغل فعلی** | **نوع استخدام** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**امکانات و تجهیزات آزمایشگاهی خود را شرح دهید؟**

کدام کتابخانه و با چه تعداد کتاب استفاده خواهید نمود؟

چه تاریخی می تواتید دانشجو بپذیرید؟ و چه تعداد؟ چه سازمانهایی جذب کننده فارغ التحصیلان این رشته خواهند بود.

برنامه پیشنهادی شما مصوب است؟  در صورت مصوب نبودن، برنامه پیشنهادی خود را ضمیمه فرمائید؟