

فرم خود اظهاری کارگاه های آموزشی اعضای هیات علمی

نام و نام خانوادگی:

رشته تحصیلی:

تاریخ آغاز فعالیت در دانشگاه علوم پزشکی شاهرود:/...../.....

شماره تلفن همراه:

مشخصات کارگاه های آموزشی:

(لطفا فقط کارگاه هایی که گواهی آنها دارای مهر و امضا سرپرست مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی می باشد را قید نمایید)

ردیف	موضوع کارگاه	تاریخ برگزاری	مدت زمان کارگاه (ساعت)	نوع کارگاه (حضوری، غیر حضوری)	توضیحات

*کلیه کارگاه هایی که در جدول فوق ثبت می گردد باید دارای گواهی باشد تا در صورت نیاز به مرکز مطالعات ارایه گردد.

تاریخ تکمیل فرم:/...../.....