



فرمت برنامه تفصیلی دوره آموزش مهارتی و حرفه ای علوم پزشکی

برنامه تفصیلی دوره..... از تاریخ..... تا تاریخ.....

نام مرکز مجری:

۱- جدول گزارش کامل دروس نظری به ترتیب اجرا

دروس نظری به ترتیب اجرا							
ردیف	تاریخ	ساعت		سرفصل	ریز محتوا/ فعالیتها	نام و نام خانوادگی مربی	حضوری/ مجازی
		از	تا				

نام و نام خانوادگی مدیر مرکز مجری:
امضا

نام و نام خانوادگی مسئول علمی دوره
امضا



فرمت برنامه تفصیلی دوره آموزش مهارتی و حرفه ای علوم پزشکی

۱- جدول گزارش بخش عملی

بخش عملی									
مکان برگزاری	نام و نام خانوادگی مربی	ریز محتوا/ فعالیتها	سرفصل	ساعت		تاریخ		گروه	ردیف
				تا	از	تا	از		

نام و نام خانوادگی مدیر مرکز مجری:

امضا

نام و نام خانوادگی مسئول علمی دوره

امضا