

بسمه تعالی

معاونت آموزشی، اداره آموزش مداوم دانشگاه علوم پزشکی بم

**فرم مشخصات برنامه های حضوری**

|  |
| --- |
| عنـــوان بــرنامــه: |
| سازمان برگزار کننده: |
| نــــوع بــرنامــه: |
| تاریخ برگزاری: |
| هــدف کلــی برنـــامه: |
| اهداف اختصاصی برنـامه: |
| گروه هدف: |
| روش اجــــراء: |
| بررسی نیاز  اطلاعات اپیدمیولوژیکO نظر فراگیرانO وقایع ویژهO درخواست گروههای تخصصیO درخواست مدیران O درخواست بیماران و مدجویانO مطالعات بهداشتی ورود اطلاعات جدید O |
| مشخصات سخنرانان: نام و نام خانوادگی، کدملی، رشته و مقطع تحصیلی، سمت سازمانی |
| مشخصات دبیر علمی: نام و نام خانوادگی، تخصص، رتبه علمی  تذکر: دبیر علمی برنامه بایستی عضو هیأت علمی دانشگاه باشد. |

تذکر: برنامه تفضیلی به پیوست ارسال گردد.