



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی
فرم اعلام برنامه و مشخصات اجرایی
برگزاری دوره های آموزش ضمن خدمت

عنوان دوره :		کد دوره :		
واحد برگزار کننده :				
گروه هدف :				
تعداد دوره مورد نظر:				
تعداد شرکت کننده در هر دوره :				
محل برگزاری دوره				
آدرس کامل :				
.۱				
زمان برگزاری دوره				
ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	روز	ساعت
۱				از : لغایت :
۲				از : لغایت :
۳				از : لغایت :
۴				از : لغایت :
۵				از : لغایت :
۶				از : لغایت :
مشخصات مدرس				
نام و نام خانوادگی :				
عضو هیئت علمی دانشگاه :				
رشته تحصیلی :				
مدرک تحصیلی :				
مشخصات مسئول برگزاری				
نام و نام خانوادگی :				
سازمانی :				
واحد محل خدمت :				
پست				