

بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
معاونت آموزشی - اداره کل آموزش مداوم  
پرسشنامه مشخصات برنامه های حضوری آموزش مداوم بمنظور تعیین امتیاز

تذکر: این پرسشنامه بصورت کلی طراحی شده و تکمیل کنندگان می توانند بسته به میزان اطلاعات، قسمتهای مختلف پرسشنامه را توسعه داده جزئیات برنامه را در آن قید نمایند تا اطلاعات بطور کامل به اداره کل ارسال گردد.

۱. عنوان برنامه:		
(ذکر کد برنامه مدون الزامی می باشد)		
۲. سازمان برگزار کننده:	شهر محل برگزاری:	
آدرس محل برگزاری:	ظرفیت سالن	
۳. تاریخ برگزاری که از تاریخ:	لغایت:	
از ساعت:	الی ساعت:	
۴. آیا قبلاً این برنامه یا مشابه آن برگزار شده است؟ اگر برگزار شده این برنامه چه محاسنی نسبت به قبلی دارد؟		
۵. هدف کلی برنامه:		
۶. اهداف اختصاصی اجرای برنامه:		
(۱)		
(۲)		
(۳)		
۷. اعضاء کمیته علمی برنامه ( شامل نام، تخصص، رتبه علمی و دانشگاه محل کار) که با آنان قبلاً هماهنگی بعمل آمده است:		
(۱)		
(۲)		
(۳)		
(۴)		
(۵)		
(۶)		
(۷)		
۸. تقویم روزانه بصورت ذیل برای کل دوره همراه با جزئیات زمان بندی، نوع اجرا، پرسش و پاسخ، نماز، نهار، پذیرایی و... در ضمیمه قید گردد.		
روز	زمان	نام سخنران و تخصص با ذکر موضوع سخنرانی (مبحث)
زمان سخنرانی	زمان پرسش و پاسخ	زمان پانل یا بحث گروهی و ...
۹. برنامه برای مشمولین چه رشته هایی تدوین شده است (با ذکر درصد امتیاز پیشنهادی)		
الف) در مرتبه اول برای:		
ب) در مرتبه دوم برای:		
ج) در مرتبه سوم برای:		
* رشته ها به تفکیک ذکر گردند.		

۱۰. تعداد تقریبی سخنرانان:

۱۱. تعداد تقریبی شرکت کنندگان:

۱۲. مشخصات طراحی علمی برنامه:

الف) نیازسنجی دارد  ندارد

در صورت داشتن نیازسنجی، کدامیک از منابع زیر مورد استفاده قرار گرفته است؟

خواهشمند است در صورت نیازسنجی، کدامیک از منابع زیر مورد استفاده قرار گرفته است؟

۱. اطلاعات اپیدمیولوژیک  ۲. وقایع ویژه  ۳. تصمیمات سیاستگزاران  ۴. شکایات
۵. نظر متخصصین  ۶. درخواست بیماران / مددجویان  ۷. نظر فراگیران  ۸. درخواست گروههای تخصصی
۹. درخواست مدیران  ۱۰. ورود اطلاعات جدید و مهارتهای کلیدی  ۱۱. مطالعات بهداشتی
۱۲. تحقیقات بیمارستانی و کلینیکی  ۱۳. سایر منابع با ذکر مورد

ب) روش اجرا:

توضیح هرگونه نوآوری در اجرا:

ج) ارزشیابی:

ارزشیابی آگاهی و دانش دارد  ندارد

- توضیح روش ارزشیابی فوق:

۱۳. حق ثبت نام پیشنهادی: روزانه..... ریال در مجموع..... ریال

۱۴. آدرس دقیق برای ثبت نام و کسب اطلاعات بیشتر (جهت درج در تقویم اداره کل):

تلفن:

کد شهرستان:

داخلی:

شماره تلفن ضروری جهت تماس اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی با آن مرکز:

۱۵. مشخصات دبیر علمی برنامه:

تخصص:

رتبه علمی:

نام و نام خانوادگی:

کارگاههای آموزشی گذرانده شده:

تاریخ:

امضاء

۱۶. نام و نام خانوادگی رئیس / معاون آموزشی دانشگاه علوم پزشکی / دانشکده / انجمن و ... مرکز مجری:

تاریخ:

امضاء مهر مرکز

۱۷. نام و نام خانوادگی رئیس / معاون آموزشی دانشگاه علوم پزشکی / دانشکده / انجمن و ... مرکز همکار:

تاریخ:

امضاء و مهر مرکز