

بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت آموزشی - اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی

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 و 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: آدرس محل برگزاری:	شهر محل برگزاری: ظرفیت سالن:
۳- تاریخ برگزاری: 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 هماهنگی بعمل آمده است:	
۸- تقویم روزانه به صورت ذیل برای کل دوره همراه با جزئیات زمان بندی، نوع اجرا، پرسش و پاسخ، 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 سخنرانی نفر	۱۱- تعداد تقریبی شرکت کنندگان: نفر
۱۲- مشخصات طراحی علمی برنامه: الف) نیازسنجی دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت داشتن نیازسنجی، کدامیک از منابع زیر مورد استفاده قرار گرفته است؟ - خواهشمند است در صورت استفاده از منابع ذیل توضیح و مدارک مربوطه ضمیمه گردد. ۱- اطلاعات اپیدمیولوژیک <input type="checkbox"/> ۲- وقایع ویژه <input type="checkbox"/> ۳- تصمیمات سیاستگزاران <input type="checkbox"/> ۴- شکایات <input type="checkbox"/> ۵- نظر متخصصین <input type="checkbox"/> ۶- درخواست بیماران/مددجویان <input type="checkbox"/>	

۷- نظر فراگیران

۸- درخواست گروه های تخصصی

۹- درخواست مدیران

۱۰- ورود اطلاعات جدید و مهارت های کلیدی ۱۱- مطالعات بهداشتی ۱۲- تحقیقات بیمارستانی و کلینیکی

۱۳- سایر منابع با ذکر مورد.

ب) روش اجرا:

- توضیح هر گونه 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:

نام و نام خانوادگی:

تخصص:

رتبه علمی:

کارگاه های آموزشی گذرانده شده:

امضاء

تاریخ:

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

امضاء و مهر مرکز

تاریخ:

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

امضاء و مهر مرکز

تاریخ: