



بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شیراز

معاونت آموزشی

(مشخصات شرکت کنندگان در سمینارها ، کنگره ها و دوره های آموزش مداوم خارج از کشور به منظور تعیین امتیاز آموزش مداوم)

همکار گرامی: خواهشمنداست فرم زیر را به طور کامل و به زبان فارسی تکمیل و گواهی دوره و بروشور مربوطه ضمیمه نمایید.

نام و نام خانوادگی : رشته تحصیلی : کد ملی: نحوه شرکت شما در برنامه : - شرکت کننده - سخنران - شرکت کننده و سخنران - سایر موارد با ذکر مشخصات	
نام برنامه :	
ریز عناوین بحث شده :	محل برگزاری : سازمان برگزار کننده : زمان برگزاری از تاریخ لغایت
نوع فعالیت: - شاغل در بخش دولتی - آزاد	برنامه برای متخصصین چه رشته هایی عرضه شده است: الف - ب - ج -
آدرس محل کار : تلفن : کد پستی:	کل ساعات برنامه : تعداد کل ساعات بحث مربوط به رشته تخصصی متقاضی: نحوه و اجرای برنامه : - سخنرانی - سخنرانی ، کار عملی ، بحث گروهی - کارگروهی
نام و نام خانوادگی : امضاء و مهر تاریخ	- کار عملی در بخش - سایر موارد با ذکر نام