

بسمه تعالی
وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
دفتر گسترش و ارزیابی آموزش پزشکی

فرم تقاضا برای تأسیس رشته تحصیلی

خواهشمند است این فرم را پس از تکمیل به انضمام مدارک لازم به آدرس " تهران - شهرک غرب- میدان صنعت - فلامک جنوبی - خیابان سیمای ایران - ساختمان نصر ۵ - وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی - طبقه نهم - دفتر گسترش و ارزیابی آموزش پزشکی پست نمائید .
نام و آدرس مؤسسه آموزشی:
.. واحد آموزشی:

رشته مورد تقاضا: گرایش: مقطع مورد نیاز: نام و سمت متقاضی:

علت یا علل لزوم تشکیل چنین رشته یا دوره آموزش عالی را دقیقاً " بیان نمائید:

وجه امتیاز و وجوه نما بر رشته آموزشی مورد پیشنهاد خود را در مقایسه با رشته های مشابه در دانشگاهها و دانشکده های علوم پزشکی بیان نمائید:

برای شروع کار چه مقدار سرمایه ، فضای آموزشی ، تجهیزات در اختیار دارید ؟

محل جغرافیائی برگزاری آموزش :

اندازه ساختمان ، اطاقها ، آزمایشگاهها و کارگاهها را دقیقاً" بیان نمائید :

آیا از حمایت مالی ، فنی و آموزشی هیچ سازمانی ، مؤسسه علمی و یا فردی برخوردارید ؟

آیا قادر به تأمین کلیه هزینه های مربوط هستید ؟

از چه منبعی این اعتبارات را تأمین خواهید نمود ؟

چند نفر و یا چه تخصصهایی به عنوان اعضای هیأت علمی و فنی در اختیار دارید ؟

نام و نام خانوادگی	مدرک تحصیلی	رشته تحصیلی	نام مؤسسه آموزشی	محل و سال اخذ/مدرک	شغل فعلی	نوع
استخدام	نیمه وقت					

امکانات و تجهیزات آزمایشگاهی خود را شرح دهید:

کدام کتابخانه و با چه تعداد کتاب استفاده خواهید نمود؟

چه تاریخی میتوانید دانشجو بپذیرید ؟ و چه تعداد؟

چه سازمانهایی جذب کننده فارغ التحصیلان این رشته خواهند بود؟

برنامه پیشنهادی شما مصوب است ؟

در صورت مصوب نبودن ، برنامه پیشنهادی خود را ضمیمه فرمائید ؟

علت یا علل لزوم تشکیل چنین رشته یا دوره آموزش عالی را دقیقاً بیان کنید؟

وجه امتیاز یا وجود تمایز رشته آموزشی مورد پیشنهاد خود را در مقایسه با رشته های مشابه در دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی بیان نماید.