



بسمه تعالی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دفتر گسترش و ارزیابی آموزش پزشکی

فرم تقاضا برای تاسیس رشته تحصیلی

خواهشمند است این فرم را پس از تکمیل به انضمام برنامه‌ی درسی و سایر مدارک لازم به مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه ارائه نمایید.

نام و آدرس موسسه 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 نمایید. در صورت لزوم از یک برگ کاغذ اضافی استفاده نمایید.

وجه امتیاز و وجوه تمایز رشته آموزشی مورد پیشنهاد خود را در مقایسه با رشته‌های مشابه در دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی بیان نمایید.

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

محل جغرافیایی برگزاری آموزش اندازه ساختمان، اطاقها، آزمایشگاه‌ها و کارگاه‌ها را دقیقاً بیان نمایید.

آیا از حمایت مالی، فنی و آموزشی هیچ سازمانی، موسسه‌ی علمی و یا فردی برخوردارید؟ لطفاً شرح دهید.

آیا قادر به تامین کلیه هزینه‌های مربوط هستید؟ از چه منبعی این اعتبارات را تامین خواهید نمود؟

چند نفر و یا چه تخصص‌هایی به‌عنوان اعضای هیات علمی و اعضای فنی در اختیار دارید؟

نام و نام خانوادگی	مدرک تحصیلی	رشته تحصیلی	نام موسسه 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 می توانید 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 فرمایید.