



بِسْمِ تَعَالَى

چک لیست اخذ مجوز برگزاری مدرسه علمی پژوهشی فصلی دانشگاه های علوم پزشکی

تاریخ درخواست: تاریخ بررسی:

1- کمیته تحقیقات دانشجویی فوکل پوینت منطقه در خواست کننده:

نام کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده/دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی برگزار کننده :

.....

عنوان مدرسه علمی فصلی درخواستی:

اعضای کمیته علمی مدرسه:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

نام دبیران کمیته علمی مدرسه و اعضای کارگروه تخصصی :

.....

..

.....

.....

.....

.....



توضیحات درباره نحوه برگزاری مدرسه (مجازی / حضوری، ساعات برگزاری، تعداد روزها):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

برنامه مدون مدرسه:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



معاونت تحقیقات و فناوری
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سرفصلها (موضوعات ارائه شده در مدرسه فصلی):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

نام مدرسین هر فصل:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



تعداد شرکت کنندگان (به تفکیک تئوری/ عملی، مجازی/ حضوری):

توضیحات	بررسی مجدد	تأیید نشد	تأیید شد	نقص مدرک		نتیجه بررسی
				ندارد	دارد	

نام بررسی کننده:

امضاء بررسی کننده:

تاریخ: