



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زابل

معاونت آموزشی و پژوهشی

آموزش کل

فرم فعالیتهای آموزشی (۲) {نیمسال اول ۱۴۰۳-۱۴۰۴}

نام و نام خانوادگی مدرس:

دانشکده: بهداشت

وضعیت استخدامی:	مدعو: ✓	مدرک تحصیلی:	سمت:

ردیف	نام درس	رشته	دانشکده	نوع و تعداد واحد			تعداد ساعات تدریس شده
				ن	ع	ک	
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
۱۰							
۱۱							
۱۲							
جمع							

نام و نام خانوادگی مدرس:  
تاریخ: // ۱۴۰۳ امضاء:

نام و نام خانوادگی معاون آموزشی دانشکده:  
تاریخ: // ۱۴۰۳ امضاء:

نام و نام خانوادگی مدیر گروه:  
تاریخ: // ۱۴۰۳ امضاء:

این فرم پس از تأیید استاد محترم درس، مدیر محترم گروه و معاونت محترم آموزشی دانشکده قابل اعتبار است.

ک: کارآموزی

ن: نظری

ع: عملی

فعالیت‌های آموزشی در هفته

۱۸-۲۰	۱۶-۱۸	۱۴-۱۶	۱۰-۱۲	۸-۱۰	ساعت ایام هفته
					شنبه
					یکشنبه
					دوشنبه
					سه شنبه
					چهارشنبه
					پنجشنبه

تعداد گروه به تفکیک

گروه‌های کارآموزی	گروه‌های عملی
۱- تعداد کل دانشجویان : ۲- تعداد گروه : ۳- نام و نام خانوادگی اعضای گروه :	۱- تعداد کل دانشجویان : ۲- تعداد گروه : ۳- نام و نام خانوادگی اعضای گروه :