دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زابل

معاونت آموزشی و پژوهشی

آموزش کل

فرم فعالیتهای آموزشی (۲) نیمسال .....سال تحصیلی .....-.....

دانشکده: ..... نام مدرس: ..... نام خانوادگی مدرس: ..... سمت:.....

میزان تحصیلات: ..... وضعیت هیات علمی: بلی خیر مرتبه علمی: .....

تعداد سال سابقه کار به عنوان عضو هیات علمی: ..... وضعیت استخدامی:.....

ردیف	نام درس	رشته	نوع و تعداد واحد			تعداد گروه	تعداد ساعات تدریس شده
			نظری	عملی	کاراموزی		

نام و نام خانوادگی مدرس:

تاریخ / / امضاء:

نام و نام خانوادگی معاون آموزشی دانشکده:

تاریخ / / امضاء:

نام و نام خانوادگی مدیر گروه:

تاریخ: / / امضاء:

نام و نام خانوادگی رییس دانشکده:

تاریخ / / امضاء: