



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زابل
معاونت آموزشی و پژوهشی
آموزش کل
فرم فعالیت های آموزشی

نیمسال اول سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۵

دانشکده بهداشت

نام خانوادگی: نام: مرتبه علمی:

سمت: میزان تحصیلات: وضعیت هیات علمی: بلی خیر

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

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

نام و نام خانوادگی مدیر گروه: نام و نام خانوادگی مدرس:

تاریخ: / / امضاء: تاریخ: / / امضاء:

نام و نام خانوادگی معاون آموزشی دانشکده:

تاریخ: / / امضاء:

فعالیت‌های آموزشی در هفته

۱۷-۱۹	۱۵-۱۷	۱۳-۱۵	۱۰-۱۲	۸-۱۰	ساعت ایام هفته
					شنبه
					یکشنبه
					دوشنبه
					سه شنبه
					چهارشنبه

تعداد گروه به تفکیک

گروه های کارآموزی	گروه های درس عملی
<p>۱- تعداد کل دانشجویان :</p> <p>۲- تعداد گروه :</p> <p>۳- نام و نام خانوادگی اعضای گروه :</p>	<p>۱- تعداد کل دانشجویان :</p> <p>۲- تعداد گروه :</p> <p>۳- نام و نام خانوادگی اعضای گروه :</p>