



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان

دانشگاه علوم پزشکی شوشتر
مرکز مطالعات و توسعه ی آموزش پزشکی
فرم درخواست عضویت کمیته مشورتی دانشجویی

تاریخ عضویت :

مشخصات فردی :	نام و نام خانوادگی :	نام پدر :	تاریخ تولد :
	کد ملی :	شماره شناسنامه :	
	شماره تماس :	پست الکترونیکی :	

مشخصات دانشجویی :

رشته تحصیلی :	شماره دانشجویی :	ورودی :	معدل کل :
مقطع تحصیلی :	کارشناسی پیوسته <input type="checkbox"/>	کارشناسی ناپیوسته <input type="checkbox"/>	
	کارشناسی <input type="checkbox"/>	کاردانی <input type="checkbox"/>	

زمینه های همکاری :

تألیف و ترجمه کتب <input type="checkbox"/>
انجام طرح های تحقیقاتی مرتبط با آموزش <input type="checkbox"/>
برگزاری کارگاههای آموزشی <input type="checkbox"/>

میزان آشنایی با پژوهش:

آشنایی ندارم <input type="checkbox"/>	کم <input type="checkbox"/>	متوسط <input type="checkbox"/>	آشنایی کامل دارم <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	-----------------------------	--------------------------------	---

میزان آشنایی با زبان انگلیسی:

کم <input type="checkbox"/>	متوسط <input type="checkbox"/>	خوب <input type="checkbox"/>	تسلط کامل دارم <input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------------	------------------------------	---

تاکنون در کدامیک از موارد زیر عضویت داشتید؟

- کمیته تحقیقات دانشجویی بسیج استعداد درخشان
- سایر موارد.....

نیازمند برگزاری چه دوره ها و و کلاسهای آموزشی از طرف کمیته ی دانشجویی میباشید؟

آیا خود شما توانایی برگزاری کارگاه یا کلاس آموزشی خاصی را دارید؟ بلی خیر

در صورت پاسخ مثبت ، کارگاه یا دوره آموزشی که توانایی برگزاری آن را دارید بنویسید.....

میزان آشنایی با نرم افزار های مختلف:

- نرم افزارهای طراحی و گرافیکی طراحی صفحات وب زبان های برنامه نویسی
- Office EndNote
- سایر موارد

سوابق شرکت در کارگاهها و دوره های آموزشی :

ردیف	عنوان	شرکت کننده / مدرس