**فرم ارائه گزارش سالیانه دفاتر توسعه آموزش ( دانشکده / بیمارستان)**

**نام مرکز: .................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **لیست فعالیت ها** | **زمان اجرای فعالیت در سال** | | | | | | | | | | | | **درصد پیشرفت** | **توضیحات عدم پیشرفت** |
| در ردیف ماه در صورت اجرای فعالیت ستاره زده می شود | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |  |  |
|  |  |  | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  | | | | | | | | | | | |  |  |

**مسئول دفتر توسعه آموزش پزشکی دانشکده/بیمارستان**