



دانشگاه علوم پزشکی گیلان  
معاونت آموزش و تحصیلات تکمیلی  
مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی

درخواست بازنگری کامل برنامه درسی یک رشته  
یا گرایش یا تدوین برنامه درسی رشته یا گرایش جدید

مدیر محترم گروه آموزشی.....

با سلام و احترام اینجانب..... با همکاری:

ردیف	نام و نام خانوادگی	مرتبۀ علمی	رشته تحصیلی	مدرک	دانشگاه محل خدمت	امضا

تقاضای بازنگری کامل برنامه درسی  تدوین برنامه درسی  با مشخصات ذیل را دارم:



مقایسه این رشته با عنوان مشابه ارائه شده در سایر دانشگاه ها:

---

---

---

---

---

---

---

---

تأثیر این پیشنهاد در ارتقای آموزشی و در پاسخگویی به نیازهای جامعه:

---

---

---

---

---

---

---

---

نام و امضای پیشنهاد دهنده:

تاریخ:

ریس محترم دانشکده.....

پیشنهاد در تاریخ ..... در شورای گروه آموزشی بررسی و تأیید شد.

اسامی اعضای کمیته بررسی و تأییدکننده گروه آموزشی:

ردیف	نام و نام خانوادگی	مرتبۀ علمی	رشته تحصیلی	مدرک	دانشگاه محل خدمت	امضاء

امضای مدیر گروه آموزشی

## مدیر محترم مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی

پیشنهاد در تاریخ ..... در شورای مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی بررسی و تأیید شد.

اسامی اعضای شورای برنامه ریزی مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی

ردیف	نام و نام خانوادگی	مرتبۀ علمی	رشته تحصیلی	مدرک	امضاء

امضای مدیر مرکز

مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی

۱. اظهار نظر واحد برنامه ریزی  
مرکز مطالعات و توسعه آموزش  
علوم پزشکی

منطبق بر مقررات موجود است.

مدارک ضمیمه کامل است.

---

---

---

---

---

نام و امضای

مدیر دفتر برنامه ریزی مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی

تاریخ