



فرمت برنامه تفصیلی دوره آموزش مهارتی و حرفه ای علوم پزشکی

برنامه تفصیلی دوره..... از تاریخ..... تا تاریخ.....

نام مرکز مجری:

۱- جدول گزارش کامل دروس نظری به ترتیب اجرا

دروس نظری به ترتیب اجرا							
ردیف	تاریخ	ساعت		سرفصل	ریز محتوا/ فعالیتها	نام و نام خانوادگی مربی	حضور/ مجازی
		از	تا				

نام و نام خانوادگی مسئول علمی دوره
امضا

نام و نام خانوادگی مدیر مرکز مجری:
امضا

عنوان سند:	برنامه تفصیلی دوره آموزش مهارتی و حرفه ای علوم پزشکی	کد سند:	NACEHVET -FR-202		شماره ویرایش:	۰۱
تهیه کننده:	مرکز ملی آموزش های مهارتی و حرفه ای علوم پزشکی	نوع سند:	فرم	طبقه سند:	وضعیت سند:	معتبر
		تاریخ تصویب:	۲۸ خرداد ۱۴۰۱	تاریخ اعتبار:	تا ویرایش آنی	صفحه:
						۱ از ۳



فرمت برنامه تفصیلی دوره آموزش مهارتی و حرفه ای علوم پزشکی

۱- جدول گزارش بخش عملی

بخش عملی									
مکان برگزاری	نام و نام خانوادگی مربی	ریز محتوا/ فعالیت‌ها	سرفصل	ساعت		تاریخ		گروه	ردیف
				تا	از	تا	از		

نام و نام خانوادگی مدیر مرکز مجری:
امضا

نام و نام خانوادگی مسئول علمی دوره
امضا

عنوان سند:	برنامه تفصیلی دوره آموزش مهارتی و حرفه‌ای علوم پزشکی	کد سند:	NACEHVET -FR-202		شماره ویرایش:	۰۱
تهیه کننده:	مرکز ملی آموزش‌های مهارتی و حرفه ای علوم پزشکی	نوع سند:	فرم	طبقه سند:	وضعیت سند:	معتبر
		تاریخ تصویب:	۲۸ خرداد ۱۴۰۱	تاریخ اعتبار:	تا ویرایش آتی	صفحه: ۲ از ۳