

مشخصات مدرسین

دوره های آموزشی کارکنان

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان

الف: مشخصات فردی:

	شماره شناسنامه:		نام:
	محل صدور:		نام خانوادگی:
	شماره ملی:		نام پدر:
	رشته تحصیلی:		مدرک تحصیلی:

مشخصات استخدامی:

دانشگاه محل خدمت	مرتبۀ علمی	پایه	سنوات خدمت	
				هیئت علمی:

واحد محل خدمت	عنوان پست سازمانی	سنوات خدمت		کارکنان دانشگاه:

توضیحات	سابقه کار مرتبط (سال)			سایر:

نشانی و تلفن:

نشانی محل کار	نشانی منزل

تلفن محل کار	تلفن همراه	تلفن منزل	نشانی پست الکترونیکی

امضاء:

مشخصات مدرسین

دوره های آموزشی کارکنان

د: دوره های آموزشی مورد تدریس (کارگاه یا دوره ای که قرار است شخص تدریس نماید):

سوابق تدریس:

سابقه (سال)

مراکز و موسسات خصوصی:
سایر: توضیح:
.....کارگاه....

سابقه (سال)

○ مراکز دانشگاهی:
○ سازمانها و موسسات
دولتی:

سوابق ارزشیابی مدرس:

سوابق و میزان ارزشیابی مدرس دوره ها یا کارگاههای آموزشی قبلی:..... درصد

ز) مستندات ارائه شده (ویژه مدرسین خارج دانشگاه)

- تصویر قرارداد یا حکم حقوقی
- تصویر مدارک تحصیلی
- خلاصه سوابق آموزشی (رزومه)
- سایر: توضیح:

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده:	امضاء:
پست سازمانی:	تاریخ: