

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

((قرارداد حق التدریس))

اعضای محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز لازم است تمام موارد حق التدریس در دانشکده های تابعه و واحد بین المللی ارس دانشگاه علوم پزشکی را در یک فرم واحد تکمیل و پس از ضمیمه نمودن لیست حضور و غیاب دانشجویان و رونوشت آخرین حکم کارگزینی نیمسال اول و دوم ، گزارش استاد راهنما ، برنامه هفتگی اعضای هیئت علمی و فرم مشخصات واحدهای تدریس شده پس از تایید فرمها توسط مدیر گروه و معاون آموزشی محترم دانشکده های محل تدریس به اداره آموزش دانشکده ای که خود عضو آن دانشکده است تحویل نماید.

مشخصات مدرس

واحد‌های درسی ارائه شده توسط عضو هیئت علمی (به تفکیک)

ردیف	عنوان درس	نوع درس نظری - عملی بالینی	تعداد واحد	سهم مدرس	ضریب واحد	دانشکده محل ارائه	مقطع تحصیلی دانشجو	شبهه - روزانه واحد بین المللی ارس
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								
۶								
۷								
۸								
۹								
۱۰								
۱۱								
۱۲								

در صورت ارائه درس برای اولین بار توسط مدرس با (*) مشخص شود.

ردیف	نام و نام خانوادگی دانشجو	نوع درس پایان نامه ارشد پایان نامه PHD	تاریخ تصویب	واحد قابل تایید	دانشکده محل ارائه	مقطع تحصیلی دانشجو	شبهانه - روزانه واحد بین المللی ارس
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							

تایید معاون محترم آموزشی دانشکده محل ارائه درس :

ردیف	نام دانشکده ها	نام و نام خانوادگی امضاء	تعداد واحدهای مورد تایید	تایید ثبت نمرات دروس در نرم افزار سما توسط رئیس اداره آموزش دانشکده
۱	پزشکی			
۲	دندانپزشکی			
۳	داروسازی			
۴	پیراپزشکی			
۵	بهداشت			
۶	تغذیه			
۷	مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی			
۸	پرستاری و مامائی تبریز			
۹	توانبخشی			
۱۰	طب سنتی			
۱۱	علوم نوین پزشکی			
۱۲	علوم پزشکی مراغه			
۱۳	علوم پزشکی سراب			

صحت مندرجات فوق گواهی می باشد.

نام و نام خانوادگی و امضا مدرس	نام و نام خانوادگی و امضا مدیر گروه	نام و نام خانوادگی و امضا معاون آموزشی دانشکده	نام و نام خانوادگی و امضا رئیس دانشکده

تایید کارشناس مسئول کمیته بررسی دانشگاه از نظر بلامانع بودن پرداخت :

نام و نام خانوادگی و امضاء کارشناس حوزه

پسمه تعالی
برنامه هفتگی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی

نام گروه :

دانشکده:

سال تحصیلی

نیمسال

برنامه هفتگی :

تاریخ و روز	۸-۹	۹-۱۰	۱۰-۱۱	۱۱-۱۲	۱۲-۱۳	۱۳-۱۴	۱۴-۱۵	۱۵-۱۶	۱۶-۱۷	۱۷-۱۸	۱۸-۱۹	۱۹-۲۰
شنبه												
یکشنبه												
دوشنبه												
سه شنبه												
چهارشنبه												
پنجشنبه												

امضاء معاون آموزشی دانشکده :

امضاء مدیر گروه :

امضاء مدرس :

امضاء معاون آموزشی تحصیلات تکمیلی :

مشخصات واحدهای تدریس شده در نیم سال

• در صورتیکه درس به طور مشترک تدریس شود در ستون تعداد واحد فقط سهم مدارس واحد قید شود.

امضاء هیئت علمی :

امضاء معاون آموزشی پزشکی عمومی :

فرم گزارش اساتید راهنما

دانشگاه علوم پزشکی تبریز - دانشکده پزشکی

			نام استاد راهنما و گروه آموزشی
			نام دانشجو - ورودی و ترم تحصیلی
			تاریخ مراجعات دانشجو
			عناوین موضوعات مطرح شده
			کلیه اقدامات انجام شده