



جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش، علم و فناوری
سازمان سنجش

**فرم درخواست
راه اندازی دوره های جدید تکمیلی
تخصصی
(ویژه ی دانشگاه درخواست کننده)**

نام و نام خانوادگی مدیر برنامه یا تکمیل کننده ی فرم : _____

دانشگاه : _____ رتبه دانشگاهی : _____

گروه آموزشی : _____

* عنوان دوره به فارسی و انگلیسی :

فارسی : _____

انگلیسی : _____

* طول دوره به سال : _____



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
سازمان مدیریت و برنامه ریزی
معاونت امور بهداشتی و درمانی

* دلایل نیاز به راه اندازی این دوره در کشور (مشکلات ناشی از نبودن برنامه در کشور ، مزایای آموزشی ، پژوهشی و تشخیصی درمانی آن) :

	✓
	✓
	✓
	✓
	✓

* برنامه پیشنهادی در کدامیک از دانشگاه های معتبر کشورهای آمریکایی ، اروپایی ، کانادایی ، استرالیایی و آسیایی مطرح وجود دارد . لطفاً به ۲ مورد اشاره فرمایید .

کشور	نشانی سایت قابل دسترسی به برنامه

لطفاً یک نمونه از برنامه ، ضمیمه شود .

* برنامه پیشنهادی در کدامیک از دانشگاه های معتبر کشورهای مطرح منطقه وجود دارد . لطفاً به یک مورد اشاره فرمایید .

کشور	نشانی سایت قابل دسترسی به برنامه

لطفاً یک نمونه از برنامه ها، ضمیمه شود .



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
سازمان نظام پزشکی
سازمان نظام روانپزشکی و مشاوره

* اقدامات عمده‌ی تشخیصی‌درمانی که به این دوره هویت می‌بخشد و امکان پرداختن به آن در دوره‌ی تخصصی موجود نیست کدامند؟ کادر قابل گسترش است.

مدت موردنیاز برای کسب مهارت	اقدامات تشخیصی‌درمانی ویژه

* لطفاً مشخصات چند ژورنال اختصاصی که درباره‌ی موضوع خاص مورد درخواست در دنیا یا داخل کشور منتشر می‌شود را ذیلاً بیاورید :

نام ژورنال	کشور	محل آیندکس		
		ISI	Pub med	سایر موارد



کمیته ملی رتبه‌بندی
پژوهشگران
دانشگاه تهران

* لطفاً مستندات را که بیانگر آن است که راه‌اندازی این دوره می‌تواند در کشور موجب « سرآمدی » و « مرجعیت » علمی شود ، ارائه فرمایید .
مشخصات فرد یا افراد شاخصی که از آن دانشگاه در انجمن‌ها و آکادمی‌های معتبر علمی جهان ، پیرامون دوره پیشنهادشده عضویت دارند :

نام و نام خانوادگی	رتبه	انجمن یا آکادمی

مشخصات اثر ملی یا بین‌المللی درباره‌ی موضوع دوره‌ی پیشنهادی که توسط فرد یا افرادی در آن دانشگاه ایجاد شده است :

نام و نام خانوادگی	رتبه	نام اثر بین‌المللی یا ملی

مشخصات فرد یا افرادی که در آن دانشگاه در رابطه با موضوع دوره‌ی پیشنهادی موفق به دریافت جایزه یا القاب بین‌المللی یا ملی شده‌اند :

نام و نام خانوادگی	رتبه	جایزه یا لقب ملی یا بین‌المللی

چند مورد از مقالاتی که **Impact Factor** بالای ۳ دارند و توسط اعضای گروه برگزارکننده دوره به چاپ رسیده است . (لطفاً رفرنس کامل مقالات آورده شود) .

.....

.....

.....

.....

.....



جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش عالی و تحقیقات علمی
مرکز ملی آزمون و ارزیابی

شرایط انحصاری یا ویژه که در رابطه با دوره در آن دانشگاه وجود دارد :

مشخصات اختراع ، اکتشاف و **patents** ثبت شده در رابطه با موضوع دوره‌ی پیشنهادی در آن دانشگاه:



جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش عالی
سازمان سنجش و ارزشیابی تحصیلی

* این دوره در انجام مهارت‌های اصلی با چه دوره یا رشته‌هایی تداخل عملی دارد؟

راه‌های منطقی برای جلوگیری از تداخلات مرفه‌ای	مهارت	رشته یا دوره



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
سازمان نظام پزشکی
معاونت تخصصی مراقبت و توانبخشی

* دلایلی که نشانگر آن است که با راهاندازی این دوره رشته‌ی مادر تقویت می‌شود و تضعیف نمی‌شود را نام ببرید : کادر قابل گسترش است.

	✓
	✓
	✓
	✓
	✓

* ترکیب تیم چندتخصصی را برای اجرای این برنامه به جز تخصص اصلی توضیح دهید .

وظایف اصلی	نوع ارتباط با گروه اصلی			تفصیلات
	مشاور	وابسته	پیوسته	



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
سازمان سنجش و ارزشیابی
سازمان آموزش و تالیف کتب

* مشخصات و سوابق آموزشی اعضای محترم هیات علمی که در راه‌اندازی دوره در آن دانشگاه دخالت فعال خواهند داشت. (این افراد بایستی در زمینه‌ی مورد بحث واجد مدرک معتبر و یا ۱۰ سال سابقه کار و تجربه‌ی عملی داشته باشند و خود حاضر باشند در این زمینه همکاری نمایند).

تولیدات علمی و فکری			سنوات کار در موضوع مربوطه	رتبه‌ی دانشگاهی	مدرک مرتبط با دوره	نام و نام خانوادگی
جوایز علمی	تشویق بین‌المللی	مقاله ISI				

* خواهشمند است موارد زیر توسط مدیر یا پیگیری‌کننده‌ی محترم برنامه تکمیل شود :

نام و نام خانوادگی : _____

مدرک تحصیلی : _____

دانشگاه : _____ بیمارستان : _____

رتبه‌ی دانشگاهی : _____ سنوات کار بر روی موضوع مورد بحث : _____

تلفن ثابت : _____ تلفن همراه : _____

نشانی الکترونیک : _____

محل امضاء مدیر یا پیگیری‌کننده‌ی برنامه :