

گروه آموزشی:

مدیر گروه/مسئول برنامه ریزی گروه:

نیمسال تحصیلی:

به نام خدا

دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

دفتر توسعه آموزش پزشکی(**EDO**)

فرم پایش طرح دوره و طرح درس (نظری/عملی)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام درس | تعداد واحد | نوع درس (نظری/عملی) | مقطع تحصیلی | مسئول درس | وضعیت طرح دوره | نام مدرس/ مدرسین | تعداد جلسات هر مدرس/میزان واحد هر مدرس | تعداد طرح درس های تدوین شده مطابق الگوی مصوب | مطابقت با کوریکولوم |
| دارد | ندارد | دارد | ندارد |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

تاریخ تنظیم: امضای مدیر گروه: امضای مدیر دفتر توسعه آموزش: امضای معاون آموزشی: