



فرم فعالیت های سالیانه اعضای هیأت علمی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان

فرم های ترفیع سالانه اعضاء هیأت علمی :

فرم های شماره ۱ و ۲

نام و نام خانوادگی عضو هیأت علمی:

به نام خدا
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان

فرم فعالیت های نیمسال / سالیانه اعضای هیأت علمی

همکار گرامی

با توجه به لزوم بررسی همه جانبه فعالیت های اعضای محترم هیأت علمی دانشگاه و به منظور برنامه ریزی بهتر برای ارتقاء کیفیت آموزشی و پژوهشی، خواهشمند است فرم ذیل را به طور کامل و با دقت تکمیل نمایید و فرم پر شده را به همراه مستندات در دو فرمت پرینت شده و فایل word (در قالب CD) حداکثر دو هفته پس از دریافت به دفتر بخش یا گروه مربوطه تحویل فرمائید. از اطلاعات این فرم برای ترفیع سالیانه جنابعالی استفاده می گردد و بایستی حاوی فعالیت های شما در سال تحصیلی گذشته باشد.

{لطفاً برای پر کردن مربع ها با کلیک سمت راست روی مربع و انتخاب Format AutoShape از منوی ظاهر شده و انتخاب برگه Colors and lines در پنجره ظاهر شده، آیتم Color از قسمت Fill را انتخاب کرده و رنگ تیره را برای پر کردن مربع انتخاب کنید }

فعالیت های نیمسال / سالیانه از تاریخ لغایت

نام و نام خانوادگی :	دانشکده:	گروه آموزشی:	محل خدمت :
وضعیت استخدامی: ☐ پیمانی	☐ رسمی آزمایشی	☐ رسمی قطعی	☐ متعهد خدمت
مرتبه علمی:	☐ مربی	☐ استادیار	☐ دانشیار
	☐	☐	☐ استاد

۱ - فعالیتهای آموزشی:

الف) دروس تئوری

نیمسال	عنوان درس	ساعات تدریس در نیمسال	مقطع فراگیران	موظف یا حق التدریس
		جمع ساعات =		
		معادل واحدهای آن =		

ب) دروس عملی و آزمایشگاهی

نیمسال	عنوان درس	ساعات تدریس در نیمسال	مقطع فراگیران	موظف یا حق التدریس
		جمع ساعات = معادل واحدهای آن =		

ج) دروس کارآموزی و کارورزی

نیمسال	عنوان درس	ساعات تدریس در نیمسال	مقطع فراگیران	موظف یا حق التدریس
		جمع ساعات = معادل واحدهای آن =		

د – فعالیتهای آموزشی و درمانی بیمارستانی (ویژه هیأت علمی بالینی)

عنوان فعالیت	روز و ساعت در هفته	مقطع فراگیران
شرکت در گزارش صبحگاهی		
راند آموزشی و یا گراند راند (با ذکر تعداد ماه های راند در سال)		
حضور در درمانگاه آموزشی		
ارائه کنفرانس آموزشی		
شرکت در کنفرانس آموزشی (هفتگی یا ماهیانه)		
ارائه و یا شرکت در ژورنال کلاب		
ارائه و یا شرکت در بوک کلاب		
شرکت و ارائه CPC		
انجام اقدامات تشخیصی درمانی (با ذکر نوع اقدام)		
حضور فعال در اتاق عمل		
آنکال فعال		

سرپرستی کارآموزی یا کارورزی بیمارستانی با ذکر تعداد فراگیران		
سرپرستی فیلد بهداشتی و یا همکاری آموزشی در درمانگاه جامعه نگر		

ه- راهنمایی پایان نامه

عنوان پایان نامه	نام دانشجو یا دانشجویان	مقطع تحصیلی	استاد راهنما یا مشاور	تاریخ شروع یا دفاع	تاریخ اتمام

و- فعالیتهای آموزشی ویژه

☐ ساعات.....	☐ عناوین تدریس شده:.....	☐ طراحی کارگاه و اجرا
☐ ساعات.....	☐ عناوین تدریس شده:.....	☐ طراحی آزمایشگاه و راه اندازی
☐ استفاده از شیوه های نوین تدریس (Small group, Problem based ,)	☐ استفاده از ابزارهای آموزشی نوین	
طراحی محصولات آموزشی (جزوه برای دانشجویان، لوح فشرده آموزشی و ..) ☐		
نوع محصول آموزشی.....		
☐ لیست دروس شرح دروس	☐ بازنگری و ایجاد تغییر در محتوی و نحوه تدریس دروس	☐ ارائه طرح درس
☐ تعداد قبولی در مقابل کل دستیار سال آخر	☐ قبولی در امتحانات مورد تخصصی	☐ رتبه گروه آموزشی شما در امتحان علوم پایه
رتبه ممتاز در امتحانات مورد تخصصی در دستیاران سال آخر گروه شما.....		
تعداد.....		
کسب رتبه و تعداد قبولی دانشجویان در مقاطع تحصیلی بالاتر		
شرکت در کارگاه آموزشی، عنوان کارگاه.....ساعت		
شرکت در کارگاه پژوهشی، عنوان کارگاه.....ساعت		

تحلیل آزمون‌ها توسط کمیته ارزیابی EDC			
☐ طراحی روش امتحانی OSCE در بخش‌های بالینی	☐ مقطع: کارآموزی	☐ کارورزی	☐ دستیاری

ی - سایر فعالیتهای آموزشی خود را که احتمالاً در جداول گذشته پیش بینی نشده است مرقوم فرمائید.

۲ - فعالیتهای پژوهشی:

الف) مقالات تحقیقی، گزارش موارد، بررسی مروری و خلاصه مقاله

عنوان مقاله	نام مجله یا کتابچه کنگره، سال و شماره	مقاله کامل یا خلاصه مقاله	نفر چندم از کل نویسندگان

ب) طرح‌های تحقیقاتی مصوب در دست اجرا

عنوان طرح	شماره تصویب	مجری یا همکار	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه

ج - فعالیتهای پژوهشی ویژه :

- تألیف کتاب، عنوان □.

- ترجمه کتاب، عنوان □.

- سخنرانی در همایش، عنوان □□.

- شرکت در همایش، عنوان □□

- شرکت در بازآموزیها، عنوان دوره □ شرکت کننده □

- داوری مقاله □ پایان نامه □ کتاب □

- سرپرستی طرحهای تحقیقاتی دانشجویی، عنوان طرح □

- دبیر اجرایی همایش، عنوان □□

- دبیر علمی همایش ، عنوان □□

- عضویت در کمیته علمی و یا اجرائی همایش ، عنوان □□.

د □ سایر فعالیتهای پژوهشی

۳ □ فعالیتهای اجرایی:

الف) مشاوره دانشجویی در قالب استاد راهنما و یا استاد مشاور

- تعداد دانشجویان :.....نفر

- ساعات تخصیص داده شده جهت مراجعه دانشجو در هر ماه:ساعت

ب) عضویت در کمیته ها و شوراهای مختلف (در سطح بخش، گروه، دانشکده، دانشگاه، وزارت متبوع)

عنوان کمیته	تاریخ شروع همکاری	تعداد ساعات همکاری در ماه

ج - مسئولیت اجرایی در سطوح مختلف (بخش، گروه، دانشکده، دانشگاه و)

عنوان مسئولیت بطور کامل	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه

- سرپرستی درمانگاههای بیمارستانهای آموزشی ☐ - همکاری علمی با سازمانهای دولتی ☐
- همکاری پزشکی با سازمانهای دولتی ☐ - همکاری فنی با سازمانهای دولتی ☐
- عضویت در انجمن های علمی رسمی، عضویت در هیئت تحریریه، سردبیر مجلات علمی ☐

• در صورت وجود موارد اطلاعات مربوطه قید شود

فرم جمع بندی فعالیت های نیمسالی / سالیانه اعضای محترم هیأت علمی

فعالیت های نیمسالی / سالیانه از تاریخ لغایت

نام و نام خانوادگی : دانشکده : گروه آموزشی : محل خدمت :
وضعیت استخدامی : ☐ پیمانی ☐ رسمی آزمایشی ☐ رسمی قطعی ☐ متعهد خدمت ☐
مرتبه علمی : ☐ مربی ☐ استادیار ☐ دانشیار ☐ استاد ☐
پایه فعلی طبق آخرین حکم کارگزینی : تاریخ اعطای آخرین پایه :

➤ نظریه گروه مربوطه در ارتباط با فعالیت های آموزشی، پژوهشی و اجرایی مرتبط با گروه :

نوع فعالیت	عالی	خوب	متوسط	ضعیف
کیفیت فعالیت های آموزشی				
کیفیت فعالیت های پژوهشی				
کیفیت حضور و همکاری با مسئولین بخش و گروه				
کیفیت فعالیت های اجرایی				

در مجموع، گروه با توجه به موارد فوق، با اعطای یک پایه ترفیع سالانه به نامبرده:

☐ موافقت دارد ☐ موافقت ندارد

امضاء مدیر گروه

➤ نتیجه بررسی و معادل سازی کمیته ترفیع منتخب در دانشکده:

نوع فعالیت	واحد / امتیاز
واحد فعالیت آموزشی موظف	
واحد فعالیت آموزشی غیر موظف	
امتیاز فعالیت پژوهشی	
امتیاز فعالیت اجرایی	

با توجه به کلیه جوانب و موارد فوق، با ترفیع ایشان:

☐ موافقت می گردد ☐ موافقت نمی گردد

امضاء رئیس دانشکده

نظریه مرکز توسعه آموزش:

- کمیته برنامه ریزی :

- الف) ارائه طرح درس ☐ ب) گواهی شرکت در کارگاه ها ☐ ج) گواهی بررسی سوالات ☐
- در صورت وجود مورد مستندات ارائه شود

- کمیته ارزیابی درونی : میزان مشارکت در تدوین ارزیابی درونی :

- خوب ☐ متوسط ☐ ضعیف ☐

- کمیته ارزشیابی:

عنوان فرم	نمره نهایی ارزشیابی کیفی	میانگین نمره گروه	رتبه در گروه	تعداد اعضاء گروه
ارزیابی فراگیران دوره های مقدماتی (undergraduate)				
ارزیابی فراگیر دوره های تکمیلی (postgraduate)				
دستیاران بخش بالینی				
ارزیابی مدیران (مدیر گروه، معاون آموزشی و رئیس دانشکده)				
خودارزیابی				
ارزیابی همکاران				
نمره کل ارزیابی استاد				

امضاء رئیس مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی**نظریه کمیته ترفیعات:**

در جلسه مورخ پس از بررسی موارد فوق، با اعطای یک پایه ترفیع سالانه از زمان استحقاق به نامبرده

- موافقت می گردد ☐ موافقت نمی گردد ☐

امضاء رئیس کمیته ترفیعات