



دانشکده پرستاری و پیراپزشکی

تحصیلات تکمیلی

تاریخ

پیوست.....

نام و نام خانوادگی دانشجو:..... رشته:..... شماره دانشجویی:..... ورودی سال:.....

دانشجویان محترم کارشناسی ارشد لطفا فرم تکمیل شده را یک ماه قبل از دفاع نهایی از طریق معاون آموزشی ذیربط برای تحصیلات تکمیلی دانشکده و تکمیل پرونده دانشجویی ارسال نمایند.

کارگاه های آموزشی: شرکت دانشجویان در این پنج کارگاه آموزشی در طول تحصیل الزامی است.

ردیف	نام کارگاه آموزشی	تاریخ و ساعت برگزاری	نام مدرس	برگزار کننده	امضا و مهر نماینده تحصیلات تکمیلی /مسئول برگزاری کارگاه
۱	کارگاه مهارتهای ارتباطی				
۲	کارگاه ایمنی بیمار				
۳	کارگاه کنترل عفونت				
۴	کارگاه ارتقاء کیفیت خدمات و حاکمیت بالینی				
۵	کارگاه خدمات مبتنی بر شواهد				

امضا و مهر مدیر تحصیلات تکمیلی

امضا و مهر معاون آموزشی: