**** تاریخ:

پیوست:

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

دانشجویان محترم **کارشناسی ارشد رشته داخلی- جراحی** 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 پنچ 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**  |
| 1 | پرستار و قانون |  |  |  |  |
| 2 | ارتباط حرفه ای در پرستاری |  |  |  |  |
| 3 | مدیریت تضاد، تعارض  |  |  |  |  |
| 4 | مهارت های تصمیم گیری بالینی |  |  |  |  |
| 5 | مراقبت های مبتنی بر شواهد |  |  |  |  |

**امضا و مهر معاون آموزشی: امضا و مهر مدیر تحصیلات تکمیلی:**

****

تاریخ:

پیوست:

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

دانشجویان محترم **کارشناسی ارشد رشته سلامت جامعه** 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 پنچ 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**  |
| 1 | مهارت های ارتباطی و محاسبه |  |  |  |  |
| 2 | ارائه خدمات سلامت در بلایا |  |  |  |  |

**امضا و مهر معاون آموزشی: امضا و مهر مدیر تحصیلات تکمیلی:**