**به نام خدا**

**دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني البرز**

**معاونت بهداشتي**

«فرم شماره 1- فرم طرح درس»

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1- عنوان دوره آموزشی:** | | | **2- دبیر اجرایی دوره:** | |
| **3- واحد برگزار کننده:** | | | **4- آدرس محل برگزاری دوره:** | |
| **5- تاريخ و ساعت برگزاري دوره: از ساعت: الي ساعت: مورخ:** | | | | |
| **6- هدف كلي:** | | | | |
| **7- اهداف اختصاصي:** | | | | |
| **8- مشخصات مدرس/مدرسين (شامل نام و نام خانوادگی و سمت و ميزان تحصيلات):** | | | | |
| **9- برنامه تفصیلی طبق فرم پیوست (فرم شماره 2- تقویم زمانبندی) تکمیل و ارسال گردد.** | | | | |
| **10- رده فراگیران:** | | | **11- تعداد فراگیران:** | |
| **12- روش اجرا: سخنرانی □ بحث گروهی □کار گروهی □ سایر موارد: ……** | | | | |
| **13- وسایل کمک آموزشی مورد نیاز:**  **اورهد🞎 ویدئوپروژکتور □ لپ تاپ □تلویزیون 🞎 ویدئو 🞎 وایت برد ■□سایر موارد:……** | | | | |
| **14-انتظارات از فراگیران در پايان دوره:** | | | | |
| **15- ارزشیابی** | **- ارزشيابي آگاهي، دا نش و مهارت : دارد 🞎 ندارد🞎**  **- نحوه ارزشيابي (درصورت وجود): پیش آزمون 🞎 پس آزمون 🞎 امتحان نظری 🞎 امتحان عملی 🞎** | | | |
| **16- منابع مورد استفاده براي تدريس :** | | | | |
| **17- نام و نام خانوادگی مسئول واحد:**  **تاریخ: محل امضا** | | **18- نام و نام خانوادگی مسئول آموزش مركز:**  **تاریخ: محل امضا** | | **19- نام و نام خانوادگی رئيس/سرپرست مركز:**  **تاریخ: محل امضا** |