بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

دانشکده علوم نوین پزشکی تبریز

فرم درخواست مشاوره از واحد دفتر توسعه

|  |
| --- |
| نام و نام خانوادگی: ........... |
| رشته و گروه: ............... |
| آدرس ایمیل: ................ |

|  |
| --- |
| **نوع مشاوره درخواستی:**  واحد برنامه ریزی درسی (طرح درسی، طرح دوره، بازنگری و ارزشیابی برنامه درسی) |
| روش های نوین آموزشی |
| دانش پژوهی  روش های ارزیابی نوین  پژوهش در آموزش |
| توضیح: موضوع مشاوره به اختصار: |
| پاسخ به موضوع مشاوره به اختصار: |