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: |