



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

بسمه تعالی



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت آموزشی

مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی

فرم عضویت در کمیته دانشجویی

توسعه آموزش علوم پزشکی

الف : مشخصات فردی

ب : کارگروه مورد نظر جهت همکاری و فعالیت

روابط عمومی

المپیاد علمی

آموزش و توانمندسازی علمی و عملی

ارزشیابی

تحول و نوآوری آموزش

پژوهش در آموزش

نام و نام خانوادگی :

نام پدر :

تاریخ تولد :

شماره شناسنامه :

کد ملی :

رشته تحصیلی :

سال ورود :

مقطع :

معدل ترم گذشته :

شماره تلفن همراه :

ادرس پست الکترونیکی (E-mail) :

پ : مهارت و توانمندی های فردی و گروهی

تاریخ و امضاء