تاریخ :

شماره :

پیوست :

نیمسال تحصیلی :

نام دانشکده گزارش کننده : پیراپزشکی

نام گروه گزارش کننده :

**وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی**

**دانشگاه علوم پزشکی بابل**

 **گواهی تدریس اعضای هیات علمی**

|  |
| --- |
| **نام ونام خانوادگی: سال تولد: گروه**: **مقطع و رشته تحصیلی: رتبه علمی:****سنوات خدمتی: نوع مسئولیت:**  **تمام وقت جغرافیایی : بلی** خیر |
| توضیحات | شبانه | روزانه | نوع درس (عمومی وتخصصی...) | دانشکده | رشته  | مقطع | جمع واحدها | کار آموزی | عملی | تئوری | تعداد واحد معادل شده | نام درس | ردیف |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 6 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | جمع |  |
| استاد: مدیرگروه: معاون آموزشی دانشکده: |
|  در این ستون چیزی ننویسیدتعداد واحد موظف: تعداد کسری واحد: تعداد واحد حق التدریس: امور هیات علمی دانشگاه: |