



موسسه عالی توسعه و تربیت مدیران نظام سلامت ایران

"فراخوان همکاری مدرسین"

✍ مشخصات فردی

نام و نام خانوادگی:
کدملی:
آخرین مدرک تحصیلی:
رشته تحصیلی:
دانشگاه / سازمان محل خدمت:
سمت:
عضو هیئت علمی: ☐ بلی ☐ خیر
ایمیل:
شماره تماس:

✍ سوابق آموزشی

مباحث و محورهایی که قبلاً تدریس کرده اید را ذکر نمایید
محورها و دوره هایی که می توانید و یا علاقمند به تدریس هستید را ذکر نمایید**
نام دوره ها و مدارکی که در زمینه های مختلف اخذ نموده اید را ذکر نمایید



دوره‌های گذرانده شده آموزشی (مدیریتی و آشنایی با سیستم سلامت)

عنوان دوره آموزشی	مدت زمان دوره (ساعت)	محل برگزاری دوره	زمان گذراندن دوره (سال)

میزان آشنایی با زبانهای خارجی: در صورت داشتن مدرک معتبر نمره ذکر شود.

نام زبان خارجی : نوع مدرک معتبر : نمره :
نام زبان خارجی : نوع مدرک معتبر : نمره :

در صورت نداشتن مدرک معتبر وضعیت زبان انگلیسی خود را در ۴ مهارت, Reading, Writing, Reading و Listening چگونه ارزیابی می کنید. (از نمره ۱۰۰ به خودتان نمره بدهید)

نام مهارت	Writing	Reading	Listening	Reading
نمره (حدودی)				

آیا به شیوه آموزش بزرگسالان (Adult Learning) مسلط هستید؟ ☐ بلی ☐ خیر

سوابق مدیریتی و اجرایی:

ردیف	عنوان شغل یا سمت	نام دستگاه	واحد سازمانی	تاریخ انتصاب	مدت تصدی	محل خدمت
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						

سایر توانمندی ها و مهارت ها: