

معاونت آموزشی

کارگروه پاسخگویی اجتماعی و عدالت آموزشی

فرم ارسال تجارب برتر برای "اولین جشنواره ملی تجارب برتر پاسخگویی اجتماعی در نظام سلامت"

|  |  |
| --- | --- |
| * **عنوان تجربه :**
 | * **ارائه دهنده/مجری تجربه:**
 |
| * **اعضای تیم :**
 | * **شماره تماس:**
 |
|  |  |

|  |
| --- |
| * اهداف
 |
| الف:هدف کلی:ب : اهداف اختصاصی: |
| * شرح مختصر تجربه موفق :
 |
| * روش اجرا :
 |
| * اعتبار موردنياز و شيوه تأمين آن:
 |
| * خروجي ها و نتایج کاربردی:
 |

 **نام، نام خانوادگی و سمت تایید کننده :**