**فرم درخواست کلینیک مشاوره آموزشی جشنواره شهید مطهری**

**لطفا قبل از پرکردن فرم درخواست مشاوره «دستورالعمل استفاده از کلینیک مشاوره آموزشی فردی جشنواره شهید مطهری» را مطالعه فرمایید.**

مشخصات و اطلاعات درخواست کننده مشاوره (شخصی که در جلسه مصاحبه شرکت خواهد کرد):

|  |
| --- |
| نام و نام­خانوادگي: |
| رتبه علمي: |
| محل خدمت: |
| نشانی محل خدمت: |
| تلفن محل خدمت: |
| نشانی پست الکترونیک: |
| شماره تلفن برای دسترسی سریع و پیام­های فوری: |

امضاء و نظرات مشاوره گیرنده:

|  |
| --- |
| نام و نام­خانوادگی شخصی که مایل هستید از ایشان مشاوره بگیرید (تنها مشاورینی را می­توانید انتخاب فرمایید که نامشان در وب سایت (مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه درج شده باشد): |
| روز، تاریخ و ساعت مشاوره مطابق جدول زمانی اعلام شده برای­«شخص مشاور» ­در جدول زمانبندی کلینیک مشاوره جشنواره شهید مطهری مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی البرز  روز ------------ تاریخ --/--/-- ساعت ------------ مشاور ------------  عنوان فرایند جشنواره مطهری که در مورد آن درخواست مشاوره دارید (اگر عنوان فرایند نهایی نیست، لطفا" عنوان پیشنهادی خود را مرقوم فرمایید):  فرایند مورد نظر شما در کدام حیطه قرار می‏گیرد؟   * تدوین و بازنگری برنامه‏های آموزشی * ارزشیابی آموزشی * یاددهی و یادگیری * محصولات آموزشی * مدیریت و رهبری آموزشی * یادگیری الکترونیک |
| توضیح ابهامات و یا سوالات کلی قبل از شرکت در کلینیک مشاوره آموزشی (لطفاً اینکه در چه زمینه اي درخواست مشاوره دارید، توضیحاتی ارائه فرمایید و یا اگر سوالی دارید در این قسمت به اختصار بیان کنید. |

**لطفا فرم تکمیل شده را به edcalborz@abzums.ac.ir ارسال فرمایید.**