فرم مشارکت در تدریس دانشجویان دکتری گروه مدیریت اطلاعات سلامت

نام و نام خانوادگی دانشجو:			سال ورود به دانشگاه:			نیمسال تدریس درس:	
ردیف	نام درس	مقطع درس	تعداد واحد	میزان مشارکت به ساعت/جلسه	حضور یا عدم حضور استاد درس	تاریخ تدریس	تایید استاد درس
					بله ☐ خیر ☐		
					بله ☐ خیر ☐		
					بله ☐ خیر ☐		
					بله ☐ خیر ☐		
					بله ☐ خیر ☐		
					بله ☐ خیر ☐		
					بله ☐ خیر ☐		
					بله ☐ خیر ☐		
					بله ☐ خیر ☐		
					بله ☐ خیر ☐		
					بله ☐ خیر ☐		
					بله ☐ خیر ☐		
					بله ☐ خیر ☐		
					بله ☐ خیر ☐		