



باسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی بابل

دانشکده پزشکی

فرم ترفیع سالیانه اعضای محترم هیأت علمی آموزشی

مشخصات استخدامی

نام و نام خانوادگی:

گروه آموزشی:

محل خدمت:

وضعیت استخدامی:

۱- الف) نوع استخدام: رسمی قطعی رسمی آزمایشی پیمانی تعهد خدمت ضریب (K) طرح نظام

۲- نوع فعالیت: تمام وقتی جغرافیایی تمام وقت نیمه وقت

۳- مرتبه علمی: استاد دانشیار استادیار مربی

پایه قبلی:

تاریخ استحقاق ترفیع:

الف) عملکرد:

۱- فعالیت های آموزشی:

۱-۱- دروس نظری:

نیمسال	عنوان درس	رشته تحصیلی	مقطع فراگیران	تعداد واحد
جمع				

۱-۲- فعالیت های عملی (آزمایشگاهی):

نیمسال	عنوان درس	رشته تحصیلی	مقطع فراگیران	تعداد واحد
جمع				

۳-۱- فعالیت های آموزشی، درمانی و بیمارستانی (ویژه هیأت علمی بالینی):

مقطع فراگیران	روز و ساعت در هفته	رشته تحصیلی	نوع فعالیت
			حضور در گزارش صبحگاهی
			آموزشی (با ذکر تعداد ماه های راند در سال)
			حضور در درمانگاه آموزشی
			حضور در کنفرانس آموزشی
			شرکت در کنفرانس آموزشی (هفتگی یا ماهیانه)
			شرکت در ژورنال کلاب
			انجام اقدامات تشخیصی و درمانی(با ذکر نوع اقدام)
			حضور فعال در اطاق عمل
			آنکال فعال
			سرپرستی کارآموزی یا کارورزی بیمارستانی
			سرپرستی فیلد بهداشتی

۴-۱: عملکرد اعضاء هیأت علمی :

تعداد	نوع فعالیت
	تعداد جراحی اورژانس
	تعداد جراحی الکتیو
	ویزیت ICU
	گزارش رادیوگرافی / CT / سونوگرافی و ...

۵-۱- استاد راهنما:

تعداد دانشجویان : نفر و ساعات تخصیص داده شده جهت مراجعه دانشجو در هر ماه ..بر حسب نیاز..... ساعت
 (ه سایر فعالیت های آموزشی خود را که احتمالاً در جداول گذشته پیش بینی نشده بود، مرقوم فرمائید. (راه اندازی کارگاه، آزمایشگاه و ...)

۲- فعالیت های پژوهشی:

۲-۱- مقالات چاپ شده فارسی یا انگلیسی:

عنوان مقاله	نام مجله، سال و شماره	نوع مقاله	نماینه (ایندکس)	DOI	ترتیب در اسامی نویسندگان

۲-۲- شرکت در همایش ها (داخلی و خارجی):

عنوان مقاله	نام و دیگر مشخصات همایش	نوع ارائه مقاله	اسامی همکاران

۲-۲- طرح های تحقیقاتی مصوب:

عنوان طرح	شماره طرح	مجری یا همکار	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه

۲-۴- راهنمایی یا مشاوره پایان نامه:

عنوان پایان نامه	نام دانشجو	مقطع تحصیلی	استاد راهنما یا مشاور	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه

۲-۵- فعالیت های پژوهشی دیگر (تألیف یا ترجمه کتاب، سخنرانی در کارگاه ها، ارائه مقالات، نوآوری و ...):

۳- فعالیت اجرایی:

۳-۱- عضویت در کمیته ها و شوراهای مختلف (در سطح بخش، گروه، دانشکده، دانشگاه، وزارت بهداشت):

عنوان دقیق کمیته یا شورا	میزان ساعت همکاری در ماه	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه

۳-۲- مسئولیت اجرایی در سطوح مختلف (بخش، گروه، دانشکده، دانشگاه و ...):

عنوان دقیق مسئولیت	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه

اینجانب مسئولیت صحت مطالب فوق را به عهده می گیرم

(ب) ارزیابی:

* توجه: استاد گرامی تکمیل این قسمت به بعد، به عهده واحدهای ارزیابی است؛ لطفاً از تکمیل آنها خودداری فرمایید.

(۱) نظریه گروه / معاون آموزشی در ارتباط با فعالیت های آموزشی، پژوهشی و اجرایی مرتبط با گروه

نوع فعالیت	عالی	خوب	متوسط	ضعیف
کیفیت فعالیت های آموزشی				
کیفیت فعالیت های پژوهشی				
کیفیت حضور و همکاری با مسئولین بخش و گروه				
کیفیت فعالیت های اجرایی				

در مجموع: با توجه به موارد فوق، با اعطای یک پایه ترفیع سالانه به نامبرده : موافق است مخالف است

نام و نام خانوادگی مدیر گروه / معاون آموزشی * :

✽ قسمت ارزیابی در فرم ترفیع مدیران و سرپرست های گروه های آموزشی با توجه به زمینه فعالیت عضو هیئت علمی (علوم پایه / علوم بالینی) با ارسال به اتوماسیون معاون آموزشی بالینی یا علوم پایه تکمیل می گردد و در نهایت معاون آموزشی به معاون پژوهشی دانشکده ی پزشکی ارجاع می دهد.

ضمائم :

تصویر صفحه ی اول مقالات ذکر شده در قسمت ۱-۲- (مقالات چاپ شده فارسی یا انگلیسی) در ادامه صفحات فرم ترفیع ارسال گردد.