

پرسشنامه متقاضیان عضویت در انجمن علمی آموزش پزشکی ایران

مشخصات

نام خانوادگی: نام:
مدرک تحصیلی: رشته:
دانشکده محل خدمت: دانشگاه محل خدمت:
کد ملی: مرتبه دانشگاهی:
همراه: تلفن:
نشانی پستی: آدرس پست الکترونیکی:
فاکس:

سوابق فعالیت در زمینه آموزش پزشکی:

تدریس در دانشگاه (سال):
مدیریت یا همکاری در مرکز مطالعات و توسعه علوم پزشکی دانشگاه یا دانشکده (سال):
طراحی و برگزاری برنامه های آموزشی مرتبط با آموزش پزشکی:
سایر فعالیت های مرتبط با آموزش پزشکی (پژوهشی- فنی- تهیه و تولید منابع و...):

وضعیت عضویت در انجمن

نوع عضویت: پیوسته وابسته افتخاری مایل عضو باشم
مدت عضویت شما در انجمن (سال):
آیا تاکنون برای شما کارت عضویت صادر شده است؟ بلی خیر

بخش ویژه دانشجویان

۱- کارشناس رشته:.....
۲- کارشناس ارشد رشته:.....
۳- دکترای تخصصی Phd رشته:.....
۴- دکترای حرفه ای رشته:.....
۵- تخصص رشته:.....
مجازی: حضوری:

تمایل به همکاری

در کدامیک از حیطه های زیر تمایل به همکاری با انجمن دارید؟
برگزاری کارگاه در زمینه آموزش پزشکی توسعه web site
شرکت در پژوهش های آموزش پزشکی طراحی دوره ها
طراحی آموزش های تعاملی رایانه ای مشاوره آموزشی
تدوین متون و مفاهیم آموزشی جدید آموزش مداوم
ارتباطات بین المللی آموزش از راه دور
شرکت در طرح های نیاز سنجی

تذکر: چنانچه تمایل دارید به عضویت انجمن در آید، حق عضویت اعضای هیئت علمی ۵۰۰۰۰۰ ریال و سایر اعضا مبلغ ۳۰۰۰۰۰ ریال به شماره حساب ۶۵۰۰۶۶۱۸ بانک تجارت شعبه ولیعصرپارک وی، کد ۳۶۰ به نام "انجمن علمی آموزش پزشکی ایران" یا شماره کارت ۴۱۲۷-۴۸-۱۱۴۸-۶۳۱۱-۵۸۹۴ بانک رفاه بنام آقای دکتر محمد اسماعیل اکبری واریز و فیش آن را همراه با یک قطعه عکس به همراه این پرسشنامه که تکمیل فرموده اید به آدرس زیر ارسال فرمایید:

ضمناً امکان ثبت نام و پرداخت الکترونیکی از طریق وب سایت انجمن به آدرس زیر نیز فراهم شده است:

www.iranianame.org

info@iranianame.org

تلفکس ۲۲۷۰۱۴۱۷

امضای داوطلب:

تاریخ تکمیل پرسشنامه عضویت: