# ARM **بسمه تعالي**

تاريخ:.......................

شماره:......................

# دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي ، درماني تبريز

معاونت تحقیقات و فناوری

مرکز توسعه و هماهنگی پژوهش

(قرارداد حق التدريس )

اين قرارداد بين معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه و مدرس با مشخصات زير جهت تدريس واحدهای پژوهشی دوره های تحصیلات تکمیلی ارائه شده توسط مرکز توسعه و هماهنگی پژوهش در ترم : اول . سالتحصيلي : طبق مقررات دانشگاهها و شرايط مندرج در اين قرارداد منعقد مي‌شود:

الف: مشخصات مدرس

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگي : دکتر | | شماره حساب: | بانك:‌ | |
| آخرين مدرك تحصيلي | دكتراي فوق تخصص دكتراي عمومي حرفه‌‌اي ساير عناوين  دكتراي تخصصي(ph.D) 🗌 فوق ليسانس با ذكر مشخصات:  دكتراي دانشوري (MPH) ليسانس | | | |
| رتبه علمي | استاد 🗌 دانشور مربي (آموزشيار ) 🗌  دانشيار مربي (دكتراي عمومي ) ساير عناوين با ذكر مشخصات🗌  استاديار مربي (فوق ليسانس) (ليسانس) | | | عضو هيئت علمي 🗌  غير هيئت علمي |

ب: واحدهای درسی مشمول حق التدریس:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام واحد درسی** | **نوع درس**  **(نظری – عملی – کارگاهی)** | **تعداد واحد** | **ضریب واحد** | **دانشکده محل ارائه** | **مقطع تحصیلی** | **ترم**  **(شبانه یا روزانه)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

#### برنامه زمانی واحد درسی :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 20-19 | 19-18 | 18-17 | 17-16 | 16-15 | 15-14 | 14-13 | 13-12 | 12-11 | 11-10 | 10-9 | 9-8 | ساعت  روز |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **شنبه** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **یکشنبه** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **دوشنبه** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **سه شنبه** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **چهارشنبه** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **پنج شنبه** |

#### ه: امضاء كنندگان ( با درج كامل نام و نام خانوادگي):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگی :  امضاء مدرس | نام ونام خانوادگی :  مسئول مرکز توسعه و هماهنگی پژوهش | نام و نام خانوادگی:  امضاء معاون آموزشی دانشکده | نام و نام خانوداگی:  امضاء رئیس دانشکده |
|  |  |  |  |

###### 

###### 