**مقررات درخواست برنامه با مجوز آموزش مداوم**

1. **ارسال درخواست طبق فرم پیوستی در زمان مقرر( از طریق اتوماسیون اداری یا فاکس(02632563325)**
2. **درصورت هر یک ازموارد زیر از دادن مجوز در ماه بعدی معذوریم ( لغو کردن برگزاری برنامه ، تغییر تاریخ، تغییر مکان برگزاری، ارسال اسامی شرکت کنندگان با تاخیر، نا منظم و ناخوانا بودن لیست حضور غیاب، واریز با تاخیر هزینه برنامه ها)**
3. **اصل فیش واریزی هزینه ثبت نام انتهای هر ماه به آموزش مداوم تحویل شود.**
4. **دقیقا گروه هدف شرکت کننده در برنامه عین مجوز باشد و امکان صدور گواهی برای رشته هایی که در مجوز قید نشده است نداریم. گروه هدف باید متناسب با عنوان برنامه انتخاب شوند.**
5. **تعداد شرکت کنندگان مطابق با مجوز برنامه و ظرفیت سالن، جهت صدور گواهی ارسال شود.**
6. **کارگاه ها باید 40 درصد زمان برنامه کار عملی داشته باشند و عنوان کار عملی در برنامه قید شود و حداکثر ظرفیت 30 نفر است.**
7. **در کنفرانس های روزانه وکارگاه ها حداقل از دو سخنران استفاده شود و مدرک سخنران باید از مدرک گروه هدف بالاتر ومتناسب با عنوان برنامه باشد.**
8. **دبیران علمی هر برنامه از اعضای هیات علمی دانشگاه خواهند بود .**
9. **کلیه افراد بایستی عضو سامانه آموزش مداوم باشند تا بتوانند گواهی برنامه را دریافت کنند .**
10. **بلافاصله بعد از اجرای هر برنامه لیست حضور وغیاب شرکت کنندگان همراه با کد ملی هر فرد ( بصورت خوانا ومرتب )و لیست سخنرانان با کد ملی جهت صدور گواهی به دفتر آموزش مداوم ارسال شود. ( از طریق اتوماسیون اداری، فاکس(02632563325)**
11. **کارکنانی که بعلل زیرگواهی برایشان صادر نمی شود (بعلت تداخل برنامه، ثبت اشتباه کدملی، عضو سامانه نبودن، اسامی بیشتر از ظرفیت برنامه)مسئول آموزش آن مرکز باید پاسخگو باشند.**
12. **مشمولین آموزش مداوم عضو سامانه در یک روز در دو برنامه نمی توانند شرکت کنند و حضور از ابتدا تا انتهای برنامه جهت دریافت گواهی الزامی است.**
13. [**امکان حذف و ویرایش امتیاز شرکت کنندگان برنامه حضوری بعد از تائید امتیاز**](http://www.ircme.ir/App_Web/%28User%29/%28Manager%29/%28Center%29/ChangeReport/Default.aspx?CenterID=291&ID=1856) **از طریق سامانه بسته شده است.**

**دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی البرز**

**دفتر آموزش مداوم**

**فرم درخواست مجوز برنامه بازآموزی**

|  |
| --- |
| **نام مرکز درخواست کننده برنامه :****آدرس کامل مکان برگزاری :** |
| **تاریخ درخواست برنامه ( 45 روز قبل از زمان اجرای برنامه ودرصورتی که گروه هدف متخصصین هستند سه ماه قبل از برگزاری برنامه ):** |
| **عنوان برنامه :** |
| **نام نام خانوادگی درخواست کننده برنامه و شماره تماس :** |
| **زمان برگزاری : / /1398 از ساعت ...........الی ...........** |
| **گروه هدف ( مدارک شرکت کنندگان در برنامه مثلا : کارشناس پرستاری ، کاردان اتاق عمل و...):** |
| **تعداد گروه هدف :** |
| **برنامه زمان بندی برنامه های کارگاه وکنفرانس روزانه :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ساعت شروع وخاتمه** | **عنوان سخنرانی** | **نام سخنران** | **مدرک سخنران ، کدملی سخنران** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 |