

فرم شماره ۱۲

تاریخ:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان  
معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه  
دفتر ارتباط با صنعت



پیشنهاد تفصیلی دوره آموزشی کوتاه مدت

۱- عنوان دوره آموزشی:

مرتبه علمی مجری:

۲- نام و نام خانوادگی مجری:

۳- صنعت یا سازمان مورد نظر برای برگزاری دوره آموزشی:

۴- همکاران دوره آموزشی:

ردیف	نام و نام خانوادگی	آخرین مدرک تحصیلی	مرتبه علمی

۵- زمان یا زمان های پیشنهادی برای برگزاری دوره:

۶- سرفصل های آموزشی دوره:

۷- وسایل و تجهیزات آموزشی مورد نیاز:

۸- برنامه زمانبندی دوره:

--

۹- اعتبار کل دوره آموزشی به ریال:

هزینه پرسنلی	هزینه اسکان	هزینه حمل و نقل	هزینه چاپ و تکثیر	سایر هزینه ها	جمع/ریال

امضاء پیشنهاد دهنده دوره آموزشی

تاریخ