|  |  |
| --- | --- |
|  |   چک لیست ارزیابی مستندات راه اندازی رشته های مصوب در مقاطع تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی ایران |
| **ردیف** | **عنوان** | **بلی** | **خیر** | **توضیحات** |
| **1** | **فرم تقاضا دقیقا تکمیل و تایپ شده است؟** |  |  | **توجه: کارشناسی ارشد به بالا (فرم شماره 1)** |
| **2** | **احکام کارگزینی اعضای هیات علمی تمام وقت پیوست می باشد؟****توجه:** با توجه به حداقل هیات علمی مورد نیاز مصوب شورای گسترش دانشگاه های علوم پزشکی |  |  | **کارشناسی ارشد:** حداقل 1 عضو هیات علمی ثابت و تمام وقت در مرتبه دانشیاری + 2 عضو هیات علمی ثابت و تمام وقت در مرتبه استادیاری با 3 سال سابقه تدریس و تحقیق در رشته مورد نظر+ 3 مقاله تحقیقی در5 سال گذشته  |
| **دکترا :** حداقل 3 دوره کارشناسی ارشد فارغ التحصیل در رشته مورد نظر+ حداقل 2 عضو هیات علمی ثابت و تمام وقت در مرتبه دانشیاری+3 عضو هیات علمی ثابت و تمام وقت در مرتبه استادیاری با 3 سال سابقه تدریس و تحقیق در رشته مورد نظر+ 5 مقاله تحقیقی با تایید معاونت پژوهش یا شورای پژوهش های علمی+ پوشش75% دروس اختصاصی توسط هیات علمی گروه  |
| **تخصصی،فوق تخصصی و فلوشیب:**3 نفر عضو هیات علمی ثابت و تمام وقت با مدرک فلوشیپ مرتبط با رشته مورد نظر+ 2عضو هیات علمی ثابت و تمام وقت در مرتبه استادیاری**توجه:** در صورت مرتبط نبودن مدرک فلوشیپ با رشته درخواستی ارائه گواهی معادل سازی الزامی است |
| **3** | **فعالیت های آموزشی و پژوهشی (رزومه ) اعضای هیات علمی تمام وقت پیوست می باشد؟** |  |  | کنترل سابقه تدریس و مقالات مطروحه در ردیف 2 برای کارشناسی ارشد و دکترااخذ اطلاعات مربوط به اقدامات درمانی یک سال گذشته برای تخصصی،فوق تخصصی و فلوشیب |
| **4** | **ارزیابی درونی گروه متقاضی موجود می باشد؟** |  |  | ارزیابی درونی شامل خلاصه ای از آمار و اطلاعات مربوط به رشته (مقاطع موجود تحصیلی،تعداد دانشجویان در حال تحصیل،تعداد دانشجویان فارغ التحصیل در هر رشته –مقطع تاکنون ) در پیوست نامه بصورت فایل ( word/pdf) با نام ارزیابی درونی (جدول ارزیابی درونی پیوست) | **کلیه موارد به تفکیک عنوان در یک پوشه بصورت فایل زیپ شده پیوست نامه ارسال شود** |
| **5** | **فضا تجهیزات آموزشی مورد نیاز تامین شده است؟** | صورتجلسه موافقت شورای آموزشی/تحصیلات تکمیلی دانشکده و تفاهم نامه های مرکز/گروه همکار به پیوست ارسال گردد.  |
| **6** | **فضا و تجهیزات اداری مورد نیاز تامین شده است؟** |
| **7** | **حمایت مالی لازم و تامین کلیه هزینه های مربوطه توسط دانشکده تضمین شده است؟** |
| **8** | **نیروی کارشناسی مورد نیاز تامین شده است؟** |  |  | حداقل 1 نفر کارشناس آموزش دیده برای اجرای برنامه **توجه:**  با توجه به موارد حداقل نیازهای برنامه آموزشی مربوطه |
| **9** | **نظریه کارشناسی دفتر توسعه آموزش دانشکده EDO)) پیوست می باشد؟** |  |  | در قالب نامه پیوست شود |

|  |
| --- |
| **نام و نام خانوادگی مدیر دفتر توسعه آموزش دانشکده: امضا و تاریخ** |
| **نام و نام خانوادگی معاون آموزشی دانشکده : امضا و تاریخ** |
|  |
| **نتایج بررسی مستندات در مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه:** **امضا و تاریخ** | **نتایج بررسی مستندات مدیر امور هیات علمی دانشگاه:** **امضا و تاریخ** |

**واحد برنامه ریزی آموزشی مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه اسفند 1400**