فرم گزارش تدریس در مرکز مهارت های بالینی

دانشجویان ترم .....................مقطع...........................رشته................................

تاریخ: .........................ساعت: ...................

عنوان درس: موضوع درس:

هدف کلی: روش تدریس:

رسانه آموزشی: نوع ارزیابی:

مکان تدریس:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام و نام خانوادگی | شماره دانشجویی | امضاء |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

نام و نام خانوادگی کارشناس مرکز نام و نام خانوادگی استاد/ مربی

امضاء امضاء

نظرات و پیشنهادات در خصوص جلسه تدریس:

-

-

-

-