



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران شهر

دانشکده پرستاری و مامایی ایران شهر

فرم تعیین حق التدریس اعضای هیئت علمی دانشگاه

(موضوع تبصره ماده ۹ آیین نامه حق التدریس)

تاریخ :

شماره :

پیوست :

نیمسال:

سال تحصیلی:

نام و نام خانوادگی:		نام:		نوع استخدام:					
آخرین مدرک تحصیلی:				مرتبۀ دانشگاهی:					
تاریخ شروع نیمسال:			تاریخ خاتمه نیمسال:		مدت به هفته:				
مجموع ساعات تدریس نظری		مجموع ساعات تدریس عملی		مجموع ساعات					
ردیف	نام درس	تعداد واحد				تعداد کلاس یا گروه عملی	مجموع ساعات تدریس	تعداد دانشجویان	زمان تشکیل کلاس
		نظری	عملی	کارآموزی	کارورزی				

امضاء معاون آموزش
تحقیقات و دانشجویی

امضاء مدیر آموزش

امضاء مدیر گروه