

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی زابل

مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی زابل

فرم اظهار نظر معاون آموزشی دانشکده..... در مورد فعالیتهای آموزشی عضو هیئت علمی

نیمسال:

نام درس:

نام و نام خانوادگی عضو هیئت علمی:

هدف: آشنایی با نحوه ی فعالیتهای آموزشی همکاران محترم هیئت علمی با استفاده از نظریات مسوولین محترم به منظور ارتقاء کیفیت وظایف محوله

ردیف	موارد	عالی	بسیار خوب	خوب	متوسط	ضعیف	نظری ندارم
1	حضور فعال در عرصه های آموزشی مرتبط						
2	تعهد و مسوولیت پذیری در امر آموزش						
3	قدرت ابتکار و خلاقیت در امر آموزش و استفاده از روشهای نوین آموزشی						
4	کیفیت کلی تدریس در مقایسه با دیگر اعضای هیئت علمی دانشکده						
5	میزان توجه و جدیت در ارزیابی دانشجویان						
6	همکاری موثر با معاون آموزشی دانشکده						
7	تمایل و همکاری در برنامه های اشتراکی آموزشی						
8	کیفیت تدریس در عرصه های مختلف آموزشی (بخش، در مانگاه، اتاق عمل و...)						
9	مشارکت فکری و عملی با همکاران						
10	مشارکت در تدوین سوالات امتحانی و برگزاری امتحانات و ارسال نمره						

معاون آموزشی: