



دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی گیلان

بسمه تعالی

دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان

جناب آقای دکتر عباس رمضان

معاونت محترم آموزشی دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان

با سلام

ردیف	نام درس	رشته	مقطع	تاریخ های جلسات مجازی	نوع محتوای بارگذاری شده (PPT,PDF, Cam, Mp4, Storyline)	تمرین برای دانشجو (داشتهن یا نداشتهن و نوع تمرین)	آزمون برای دانشجو (داشتهن یا نداشتهن و نوع آزمون)

نام و نام خانوادگی عضو هیات علمی:

امضاء:

تاریخ:

محتوی درس از تاریخ لغایت در سامانه آموزش مجازی قرار گرفته است و مورد تأیید می باشد.

نماینده سامانه مجازی دانشکده:

امضاء:

تاریخ:

یک نسخه از فرم تایید شده، توسط کارشناس گروه به اداره آموزش تحویل داده شد.	یک نسخه از فرم تایید شده، توسط کارشناس گروه به دفتر توسعه آموزش تحویل داده شد.
امضاء تحویل گیرنده:	امضاء تحویل گیرنده: