



بسمه تعالی

فرم گزارش عملکرد ماهانه دانشجویان دکتری تخصصی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

شماره ثبت:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی کرمانشاه

نام دانشجو:	فعالیت‌های خارج از دانشکده	مرخصی
سال ورود:	نام محل:	تاریخ:.....
نام استاد راهنما/مشاور:	میزان فعالیت در محل (ساعت):	
تاریخ گزارش:	خلاصه عملکرد ماهانه (توضیحات خود را در جای خالی یادداشت نمایید).	
شرکت در کارگاه، سمینار، دوره آموزشی:		
همکاری در فعالیت‌های گروه آموزشی:		
اقدامات انجام شده (فهرستی از فعالیت‌های انجام شده تایید شود):		
نتایج به دست آمده (فعالیت‌های انجام شده برای تهیه و چاپ مقاله / مقاله‌ها):		
خلاصه عناوین فعالیت‌های پیش‌بینی شده برای ماه آینده		
امضاء دانشجو		
نظرات استاد راهنما:		
- عملکرد ماهانه ایشان به میزان ۲۵٪ ، ، ۵۰٪ ، ، ۷۵٪ و یا ۱۰۰٪ مورد تایید است.		
- فعالیت‌های فوق‌مورد تایید نمی‌باشد.		
امضاء استاد راهنما		