



دانشگاه پزشکی تهران
وزارت بهداشت و آموزش پزشکی

فرم تایید عملکرد دستیار آموزشی

(لطفا اطلاعات اولیه فرم تایید شود)

مشخصات فردی دستیار آموزشی			
نام و نام خانوادگی:	شماره دانشجویی:	رشته/گرایش:	مقطع تحصیلی: ☐ دکتری ☐ کارشناسی ارشد ☐ کارشناسی
کد ملی:	تعداد واحد گذرانده:	معدل:	
شماره همراه:		شماره شبای بانکی به نام شخص دانشجوی: IR	
مشخصات درس			
نام درس:	گروه:	تعداد واحد:	نیمسال تحصیلی:
مقطع درس:	تعداد دانشجوی:	ساعات حل تمرین در هفته:	امضاء دانشجو
شرح مختصر فعالیت های کمک آموزشی توسط دانشجو:			

این قسمت توسط استاد درس تکمیل گردد.

فعالیت آقای/ خانم بعنوان دستیار آموزشی و به میزان پیشنهادی ساعت (حداکثر ۱۰۰ ساعت) در درس با مشخصات فوق الذکر مورد تایید می باشد.

نام و نام خانوادگی استاد درس : تاریخ: امضاء:

این قسمت توسط معاون آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشکده تکمیل گردد.

فعالیت آقای/ خانم بعنوان دستیار آموزشی و به میزان ساعت مورد تایید می باشد.

نام و نام خانوادگی معاون آموزشی دانشکده: تاریخ: امضاء:

این قسمت توسط رئیس دانشکده تکمیل گردد.

کلیه مراتب فوق و پرداخت حق الزحمه دستیار آموزشی مورد تایید اینجانب می باشد.

نام و نام خانوادگی رئیس دانشکده: تاریخ: امضاء: