



دانشکده علوم پزشکی گراش  
مرکز توسعه آموزش مجازی  
مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی

### فرم درخواست برگزاری کلاس مجازی

مدیر محترم گروه آموزشی .....

سلام علیکم

با احترام به اطلاع می‌رساند اینجانب ..... خواستار ارائه درس، با مشخصات ذیل، جهت ارائه در سامانه آموزش مجازی دانشگاه هستم. خواهشمند است جهت تأیید درس و محتوای آموزشی الکترونیک تولید شده، دستورات لازم را مبذول فرمایید.

تاریخ درخواست: شماره تماس: ایمیل: لمضا:

نام درس:	کد درس:	مشخصات کلی محتوا		
سر فصل درس:				
مبحث درس:				
ارائه در هفته ..... آموزشی رشته: ..... ورودی: .....				
<input type="checkbox"/> ترکیبی (حضور + الکترونیک)	<input type="checkbox"/> تلفیقی (حضور + آنلاین)	<input type="checkbox"/> همزمان (آنلاین)	<input type="checkbox"/> غیرهمزمان (آفلاین)	نوع ارائه درس

محتوای درس شامل:

فایل جزوات (..... صفحه A4)

فایل Pdf منابع و کتب آموزشی (..... فایل)

اسلاید PowerPoint (.....تعداد اسلاید) صداگذاری شده  بیصدا

فایل صوتی (.....دقیقه)

تصاویر دیجیتالی (..... تصویر)

فیلم (..... دقیقه)

چند رسانه ای (مولتی مدیا) (..... دقیقه)

تکلیف و تعامل (شامل سوال، پاسخ و هدایت کاربر)

سایر توضیحات: .....

سلام علیکم؛

با احترام به اطلاع می‌رساند طرح درس و محتوای آموزشی الکترونیک جهت برگزاری درس درخواست شده توسط جناب آقای / سرکار خانم .....

با مشخصات فوق مورد تأیید می‌باشد.

امضاء:	تاریخ:	موافقت مدیر گروه	تا ۴۰٪ کل ساعات درسی هر درس
امضاء:	تاریخ:	موافقت شورای آموزشی دانشکده	بین ۴۰-۶۰٪ کل ساعات درسی هر درس
امضاء:	تاریخ:	موافقت شورای آموزشی دانشگاه	بیشتر از ۶۰٪ کل ساعات درسی هر درس