

اداره آموزش دانشکده داروسازی تهران



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

فرم شماره ۱

پیش از برگزاری آزمون

سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹	نیم سال اول <input checked="" type="checkbox"/> دوم <input type="checkbox"/>
گروه آموزشی	کنسل درود و عذر
عنوان آزمون	دانشگاه تهران اصول خدمات بهداشتی
تاریخ برگزاری آزمون	۱۴۰۰/۰۶/۱۸
نحوه برگزاری	حضوری <input checked="" type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
مدت زمان برگزاری آزمون	یک ساعت
تاریخ جلسه بررسی مرور همگنان	۱۴۰۰/۰۶/۱۸
اسامی حاضرین در جلسه بررسی مرور همگنان	آمیزی دکتر خوشبند
تهییه بلوپرینت برای آزمون ^۱	بلی <input checked="" type="checkbox"/>
مطابقت سوالات با چک لیست های آزمون های چند گزینه ای / تشریحی	بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
نحوه بررسی و پاسخ به اعتراضات دانشجویان	ارائه پاسخنامه به دانشجویان <input type="checkbox"/> پاسخ دهنده فرد به فرد به اعتراضات دانشجویان از طریق مشاهده برگه ها <input checked="" type="checkbox"/>
برگزاری جلسه رفع اشکال و پاسخدهی به سوالات دانشجویان	برگزاری جلسه رفع اشکال و پاسخدهی به سوالات دانشجویان <input type="checkbox"/> سایر روش ها ^۲ <input type="checkbox"/>

اداره آموزش دانشگاه داروسازی تهران



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

آزمون کتبی پایان دوره	<input checked="" type="checkbox"/>	درصد ۶۰
آزمون کتبی میان دوره	<input type="checkbox"/>	درصد
پروره	<input checked="" type="checkbox"/>	درصد ۴۰
آزمون عملی پایان دوره	<input type="checkbox"/>	درصد
آزمون عملی میان دوره	<input type="checkbox"/>	درصد
سایر*	<input type="checkbox"/>	درصد

روش های مورد استفاده برای ارزیابی فراگیر و سهم
درصد استفاده از هر کدام به کل نمره آزمون

۱۲ سوال	تعداد کل سوالات آزمون
—	تعداد سوالات چندگزینه ای
۱۲ سوال	تعداد سوالات تشریحی کوتاه پاسخ
۳ سوال	تعداد سوالات تشریحی بلند پاسخ
—	تعداد و نوع سایر* سوالات (جور کردنی گسترده، صحیح-غلط، شفاهی و ...)

^۱ خواهشمند است در صورت تهیه بلوپرینت آزمون، فایل مربوطه ارسال گردد.

* خواهشمند است در مواردی که گزینه سایر را انتخاب نموده اید، توضیحات لازم را ارائه فرماید.

نام مسئول درس محن امین

امضا و تاریخ ۱۸ مرداد ۱۴۰۰