

معاونت آموزشی

کارگروه پاسخگویی اجتماعی و عدالت آموزشی

فرم ارسال تجارب برتر برای "اولین جشنواره ملی تجارب برتر پاسخگویی اجتماعی در نظام سلامت"

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * **عنوان تجربه :** | * **ارائه دهنده/مجری تجربه:** | |
| * **اعضای تیم :** | * **شماره تماس:** | |
|  | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| * اهداف | |
| الف:هدف کلی:  ب : اهداف اختصاصی: | |
| * شرح مختصر تجربه موفق : | |
| * روش اجرا : | |
| * اعتبار موردنياز و شيوه تأمين آن: | |
| * خروجي ها و نتایج کاربردی: | |

**نام، نام خانوادگی و سمت تایید کننده :**