

پیوست: صفحه دوم همین نامه

(جدول روتیشن)

جناب آقای دکتر

مدیر محترم گروه، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

با سلام و احترام،

گواهی می شود آقای/ خانم دکتر پذیرفته شده آزمون تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) رشته دوره آموزشی پژوهشی و درمانی خود را به طور تمام وقت از تاریخ شروع و تا تاریخ به مدت ماه در بخش بیمارستان با موفقیت به اتمام رسانده است. نامبرده در طول دوره مورد ارزشیابی علمی و عملی قرار گرفته و نمره ارزشیابی پایان دوره ایشان از صد می باشد. ضمناً ایشان پروژه تحقیقاتی خود را تحت عنوان:

.....
.....

ارائه نموده که از نتیجه آن در جلسه دفاعیه گروه آموزشی دفاع نموده اند و بعنوان مقاله علمی در مجله:

.....

در نوبت چاپ می باشد.

مراتب فوق به عنوان پایان دوره آموزشی نامبرده در دوره فلوشیپ در بخش بیمارستان می باشد. ضمناً ایشان به مدت روز از مرخصی استحقاقی استفاده نموده است.

دکتر

رئیس بخش

دکتر

مدیر برنامه فلوشیپ |

جدول جامع بخش های اصلی و روتیشن های دوره آموزشی دستیاران فلوشیپ / فوق تخصص

نام و نام خانوادگی دستیار: دکتر رشته:

تاریخ شروع دوره: کد دستیاری:

تاریخ اتمام دوره:

ردیف	نام بخش	یزشکی، آموزشی و درمانی	از تاریخ	تا تاریخ	امضا و مهر معاون آموزشی مرکز

امضاء مدیر برنامه