|  |
| --- |
| **فرم درخواست اجراي طرح ارزيابي دروني**  **گروه..........................** |

**بسمه تعالي**

|  |
| --- |
| معاونت محترم آموزشي دانشگاه گلستان  احتراما گروه با مشخصات زير متقاضي اجراي طرح ارزيابي دروني مي باشد.   1. تعداد استاد نفر 2. تعداد دانشيار نفر 3. تعداد استاديار نفر 4. تعداد مربي نفر 5. مقاطع تحصيلي : كارداني كارشناسي ناپيوسته كارشناسي پيوسته   كارشناسي ارشد دكتري  نام و نام خانوادگي **مجري** طرح:  نام و نام خانوادگي همكار/ همكاران طرح:  اين درخواست در جلسه گروه مورخ مورد تصويب قرار گرفته است.  نام و نام خانوادگي مدير گروه  تاريخ و امضا |