

بسمه تعالی
 برنامه هفتگی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی

برنامه هفتگی : نیمسال اول/دوم سال تحصیلی دانشکده: نام گروه :

تاریخ و روز	8-9	9-10	10-11	11-12	12-13	13-14	14-15	15-16	16-17	17-18	18-19	19-20
شنبه												
یکشنبه												
دوشنبه												
سه شنبه												
چهارشنبه												
پنجشنبه												

امضاء مدرس :

امضاء مدیر گروه :

امضاء معاون آموزشی دانشکده :

امضاء معاون آموزشی تحصیلات تکمیلی :