**بسمه تعالی**

**فرم ارزیابی سمینارهای طول دوره دانشجویان کارشناسی ارشد**

**دانشکده پزشکی، گروه ایمونولوژی**

**فرم شماره 2**

**عنوان سمینار:**

.........................................................................................................................................................................................................................

**نام و نام خانوادگی دانشجو**: ...............................................................

**نام و نام خانوادگی استاد راهنما**: ......................................................

**تاریخ ارائه سمینار**:..............................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **موارد** | **بارم** | **نمره** |
| **بیان مقدمه و اهمیت موضوع** | **0.5** |  |
| **تسلط علمي دانشجو بر موضوع سمينار** | **1** |  |
| **کیفیت اسلایدها شامل متن، اشکال،جداول** | **0.5** |  |
| **قدرت بیان و ارائه مناسب** | **1** |  |
| **ارتباط منطقی مباحث مطرح شده** | **0.5** |  |
| **جمع­بندی نکات کلیدی مطالب ارائه شده** | **0.5** |  |
| **پاسخ­گویی به سئوالات** | **1** |  |
| \* **نمره نهایی**  |  |

**امضاء استاد ارزیابی کننده: امضاء مدیر گروه:**

\*ارزیابی اساتید گروه حاضر در جلسه با توجه به امتیاز حاصل از جدول فوق از حداکثر 1 نمره محاسبه می­گردد.