**فرم درخواست برگزاری جلسات آنلاین (لینک)در حوزه معاونت تحقیقات و فناوری**

1. **زمان برگزاری رویداد: تاریخ: ساعت: .**
2. **محل برگزاری جلسه: .....**
3. **تعداد شرکت کنندگان آنلاین :.........نفر**
4. **نوع جلسه :** 1) پرسش و پاسخ 🖵 2) آموزشی 🖵 3) حضوری و آنلاین (ترکیبی) 🖵
5. **نوع برگزاری جلسه :** 1) صوتی 🖵 2) صوتی – تصویری 🖵
6. **نیاز به محل فیزیکی جهت ارائه کننده/ارائه کنندگان :** 1) دارد 🖵 2) ندارد 🖵

(در صورت نیاز به محل فیزیکی جهت ارائه جلسات لازم است قبل از برگزاری با امور اداری معاونت هماهنگی انجام شود.)

1. **محل برگزاری ارائه دهنده / ارائه دهندگان: ......**
2. **نیاز به Pre Test :** 1) دارد 🖵 2) ندارد 🖵

اگر دارد : 1) در سطح دانشگاه 🖵 2) در سطح کشور 🖵

1. **نیاز به Post Test :** 1) دارد 🖵 2) ندارد 🖵

اگر دارد : 1) در سطح دانشگاه 🖵 2) در سطح کشور 🖵

1. **نیاز به فرم نظرسنجی :** 1) دارد 🖵 2) ندارد 🖵

(در صورت نیاز به فرم نظر سنجی لازم است ضمن هماهنگی آن واحد با واحد آموزش کارکنان در خصوص نوع سوالات نظر سنجی ، تمامی فیلد های اطلاعاتی مورد درخواست ، بصورت فایل ورد در اختیار واحد فناوری اطلاعات قرار گیرد)

1. **نیاز به فرم ثبت نام :** 1) دارد 🖵 2) ندارد 🖵

(در صورت نیاز به فرم ثبت نام لازم است ضمن هماهنگی آن واحد با واحد آموزش کارکنان ، تمامی فیلد های اطلاعاتی مورد درخواست ، ذیل فرم ذکر شود.)

1. **نیاز به بازه زمانی جهت ثبت نام :**1) دارد🖵 2) ندارد 🖵

اگر دارد زمان ثبت نام را ذکر نمایید: از تاریخ .......................... لغایت .................................

1. **نیاز به اطلاع رسانی در سایت معاونت :**1) دارد 🖵 2) ندارد 🖵

(اگر دارد پوستر و متن تایپ شده جهت اطلاع رسانی به واحد فناوری اطلاعات ارسال گردد)

1. **نیاز به اطلاع رسانی در صفحه اینیستاگرام معاونت :**1) دارد 🖵 2) ندارد 🖵

(اگر دارد پوستر و متن تایپ شده جهت اطلاع رسانی به واحد فناوری اطلاعات ارسال گردد)

1. **نیاز به ضبط فیلم وبینار :** 1) دارد 🖵 2) ندارد 🖵
2. **نیاز به دانلود محتوای ارائه شده، توسط شرکت کنندگان :** 1) دارد 🖵 2) ندارد 🖵
3. **نیاز به ارسال گزارش لیست حضور و غیاب شرکت کنندگان :** 1) دارد 🖵 2)ندارد 🖵

اگر دارد پست الکترونیک جهت ارسال درج شود : ..............................................................

1. **نام رابط جلسه :** ......................................
2. **نام و نام خانوادگی و شماره موبایل ارائه دهنده/ ارائه دهندگان:**............................................................

**.**..............................................................................................................................

**.**.....................................................................................................................................................................................

1. **تاریخ تست اتاق مجازی که می بایست یک روز قبل از برگزاری جلسه انجام گیرد :** .....................................

این قسمت توسط واحد فناوری اطلاعات تکمیل می شود:

1. **آدرس الکترونیک تخیصیص داده شده در بستر ............................................... ایجاد گردید و به آدرس:................................................................................................................... می باشد.**
2. **آدرس ثبت نام در صورت نیاز:**
3. **آدرس فرم نظر سنجی درصورت نیاز:**