

بسمه تعالی

دانشکده پزشکی ارومیه

**فرم گزارش مشاوره دانشجو**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی دانشجو:** | | **رشته تحصیلی:** | |
| **مقطع تحصیلی:** | **ورودی:** | | **ترم تحصیلی:** |
| **تاریخ مراجعه:** | **ساعت مراجعه:** | | **مدت زمان مشاوره:** |
| **محور کلی مشاوره:** | | | |
| **ارزیابی استاد مشاور:** | | | |
| **توصیه های ارائه شده و اقداما انجام شده توسط استاد مشاور:** | | | |
| **نام و نام خانوادگی استاد مشاور: امضاء** | | | |

در هر جلسه این فرم توسط استاد مشاور محترم پر شود.

لطفا یک نسخه از این فرم نزد استاد محترم مشاور بایگانی و یک نسخه به مسئول محترم اساتید مشاور ارسال گردد، ضمنا در صورت نیاز ، لطفا ارجاع دانشجو به واحدهای مختلف دانشگاه از جمله مرکز مشاوره و راهنمایی دانشگاه ، با هماهنگی مسئول محترم اساتید مشاور صورت پذیرد .