****

**دانشکده پزشکی**

**فرم گزارش عملکرد استاد مشاور**

**لطفا این فرم به صورت تکمیل شده ( پایان هر نیمسال ) در اختیار مسئول اساتید مشاور قرار داده شود.**

نام و نام خانوادگی استاد مشاور : دانشکده : ترم تحصیلی :

جمع تعداد مراجعات در طول ترم : جمع ساعات مشاوره در طول ترم : تعداد کل دانشجویان تحت مشاوره :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام و نام خانوادگی  دانشجو | تاریخ و دفعات مشاوره | مدت مشاوره در طول ترم | شرح فعالیت | نتیجه |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

استاد گرامی با تشکر از همکاری شما خواهشمند است در پایان نیمسال دانشجویان به اتاق مسول اساتید مشاور مراجعه کنند.

**محل امضای استاد مشاور : محل امضای مسئول اساتید مشاور :**