

بسمه تعالی

گزارش مشاوره دانشجویی



دانشگاه علوم پزشکی

و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه

حوزه معاونت آموزشی

فرم شماره (۳) استاد مشاور

نام و نام خانوادگی :

نیمسال :

سال تحصیلی :

رشته و مقطع تحصیلی :

ورودی :

تاریخ مراجعه :

ساعت مراجعه :

علت مراجعه : مشکلات آموزشی عاطفی مشاوره بیماری سایر علل

نتیجه مشاوره : حل مشکل ارجاع به مرکز مشاوره دانشجویی

ارجاع به اداره آموزش دانشکده ارجاع به معاونت دانشجویی ارجاع به

اقدامات انجام شده :

نام و نام خانوادگی استاد مشاور :

امضا: