

فرم ثبت مراجعات دانشجو به استاد مشاور

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اهواز

بسمه تعالی

نام و نام خانوادگی دانشجو: نیمسال اول / دوم سال تحصیلی
رشته تحصیلی: شماره دانشجویی:
تعداد واحد گذرانده: تعداد واحد مردودی:
تعداد ترم مشروطی: متناوب: معدل کل:
متوالی:

تاریخ مراجعات دانشجو و گزارش مربوطه:

امضاء:

تاریخ:

آیا دانشجو علاوه بر مشاوره های آموزشی، پژوهشی و فردی با استادمشاور، نیاز به همکاری، راهنمایی و مشاوره تخصصی در واحدهای مختلف دانشگاه دارد؟ لطفا توضیح دهید.

پیشنهادات استاد مشاور در رابطه با پیشرفت تحصیلی دانشجو:

امضاء:

تاریخ:

تعداد جلسات مشاوره به تشخیص استاد مشاور می باشد.