**تاریخ..............**

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان/ دانشکده پزشکی**

**فرم مشاوره دانشجویان**

|  |  |
| --- | --- |
| **رشته و مقطع تحصیلی:** | **سال تحصیلی:**  **ورودی:** |
| **تاریخ مراجعه:** | **ساعت مراجعه:**  **مدت زمان مشاوره:** |
| **علت مراجعه:**  **مشکلات آموزشی 🖵 عاطفی🖵 مشاوره 🖵 بیماری 🖵 سایر علل🖵** | |
| **نتیجه مشاوره از نظر استاد مشاور مربوطه : حل مشکل🖵**  **موارد خاص که نیاز به ارجاع دارند (در این موارد، حتما کپی نسخه تکمیل شده این فرم به مسئول اساتید مشاور دانشکده داده شود ):**  **ارجاع به مرکز مشاوره تحصیلی🖵** | |
| **ارجاع به اداره آموزش دانشکده 🖵 ارجاع به معاونت دانشجویی دانشگاه🖵 ارجاع به .............................** | |
| **اقدامات انجام شده:**  **نام و نام خانوادگی استاد مشاور: امضاء** | |
| **\*\*اساتید بزرگوار، بمنظور حفظ حریم و اطلاعات شخصی دانشجویان عزیز ، این فرم بدون نام است، اما در موارد خاص جهت پیگیری امور و در نتیجه کمک به ایشان، لطفا مشخصات دانشجو بطور جداگانه ارائه گردد ( لطفا این فرم کاملا محرمانه و فقط توسط استاد مشاور دانشجو به مسئول اساتید مشاور دانشکده تحویل داده شود)**  **با سپاس فراوان** | |