**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** |