

فرم درخواست مشاوره حضوری از واحد برنامه­ریزی درسی

مشخصات و اطلاعات درخواست­کننده

|  |
| --- |
| نام و نام خانوادگی: |
| رشته تحصیلی:  |
| مرتبه علمی/ سمت:  |
| محل خدمت: دانشکده .......... بیمارستان ......... |
| شماره تماس:  |
| نشانی پست الکترونیک: |

روزهای مناسب برای برگزاری جلسه مشاوره (لطفا با درج علامت­ (✔)، روز/ روزهای مورد نظر را انتخاب بفرمایید):

⃝ شنبه ⃝ یکشنبه ⃝ دوشنبه ⃝ سه­شنبه ⃝ چهارشنبه

ساعات مناسب برای برگزاری جلسه مشاوره (لطفا با درج علامت­ (✔)، ساعات مورد نظر را انتخاب بفرمایید):

⃝ 9:30-8:30 ⃝ 10:30-9:30 ⃝ 11:30-10:30 ⃝ 12:30-11:30 ⃝ 14:30-13:30

 پس از بررسی روزها و ساعات انتخاب­شده و در تطابق با برنامه­های کاری واحد، تاریخ و ساعت دقیق برگزاری جلسه از طریق ایمیل، اعلام خواهد شد.

علت درخواست مشاوره ( لطفا موضوع/ سؤال مورد نظر برای ارایه مشاوره تخصصی را درج بفرمایید):