

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل - دانشکده پرستاری رامسر

فرم شماره (۲) - گزارش مشاوره دانشجو

نام و نام خانوادگی دانشجو:	شماره مشاوره:
رشته تحصیلی:	سال تحصیلی:
مقطع تحصیلی:	سال ورود:
تاریخ مراجعه:	ساعت مراجعه:
علت مراجعه:	
<input type="checkbox"/> مسائل آموزشی <input type="checkbox"/> پژوهشی <input type="checkbox"/> روحی-روانی <input type="checkbox"/> خانوادگی <input type="checkbox"/> بیماری <input type="checkbox"/> اقتصادی	
سایر موارد ذکر شود.....	
شرح مختصری از مشکل و علت مراجعه دانشجو:	
خلاصه ای از راهنمایی ها و اقدامات انجام شده در جلسه مشاوره:	
نتیجه مشاوره: <input type="checkbox"/> حل مشکل	ارجاع به مشاور دانشکده <input type="checkbox"/>
ارجاع به معاونت آموزشی دانشکده <input type="checkbox"/>	ارجاع به مسئول امور فرهنگی - دانشجویی <input type="checkbox"/>
ارجاع به مرکز مشاوره دانشگاه <input type="checkbox"/>	سایر موارد: <input type="checkbox"/>
نام و نام خانوادگی استاد مشاور:	امضاء