



فرم مشاوره تحصیلی دانشجویان دانشکده دندانپزشکی

استاد محترم مشاور

احتراماً این فرم را برای کلیه دانشجویانی که جنابعالی / سرکار عالی به عنوان استاد مشاور آنها می باشید، به طور جداگانه تکمیل فرمایید. با تشکر

مشخصات دانشجو	
نام و نام خانوادگی:	شماره دانشجویی:
رشته و مقطع تحصیلی:	ورودی نیمسال و سال تحصیلی: نیمسال سال
تاریخ و ساعت مراجعه:	تلفن همراه: تلفن ثابت:
علت مراجعه	
☐ مشاوره تحصیلی ☐ مشاوره خانوادگی ☐ مشاوره فرهنگی - اجتماعی ☐ سایر علل	
نتیجه مشاوره	
☐ حل مشکل ☐ ارجاع به مرکز مشاوره تحصیلی	
اقدامات انجام شده	
نام و نام خانوادگی استاد مشاور:	
امضاء	