

فرم ۱

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تربیت جام

گزارش مشاوره تحصیلی ترم تحصیلی

نام استاد مشاور :

۱- ساعات برنامه ریزی شده برای مشاوره دانشجوی در هفته :

روز ساعت

۲- آیا نکته قابل توجهی در زمان ثبت نام مشاهده کردید؟

۳- در زمان حذف و اضافه چه فعالیتی را برای کدام دانشجوی انجام دادید؟

۴- در زمان حذف اضطراری چه فعالیتی برای کدام دانشجوی انجام دادید؟

۵- کدامیک از دانشجویان شما در جهت پیشرفت تحصیلی نیاز به خدمات ویژه ای داشته و شما چه اقداماتی انجام داده اید ؟ چه پیشنهادی دارید؟

۶- کدامیک از دانشجویان شما مشکلاتی به جز مشکلات تحصیلی دارند(مشکلات خانوادگی ، عاطفی و...) و شما چه اقداماتی انجام داده اید؟

۶- چند ساعت خارج از ساعات اعلام شده هفتگی در طول ترم جاری مشاوره با دانشجویان داشتید؟

محل امضای استاد مشاور