



بسمه تعالی

فرم درخواست مشاوره حضوری از واحد برنامه‌ریزی آموزشی

مشخصات و اطلاعات درخواست‌کننده

نام و نام خانوادگی:
رشته تحصیلی:
مرتبۀ علمی / سمت:
محل خدمت: دانشکده بیمارستان
شماره تماس:
نشانی پست الکترونیک:

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

شنبه یکشنبه دوشنبه سه‌شنبه چهارشنبه

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

۸:۳۰-۹:۳۰ ۹:۳۰-۱۰:۳۰ ۱۰:۳۰-۱۱:۳۰ ۱۱:۳۰-۱۲:۳۰ ۱۳:۳۰-۱۴:۳۰

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 (لطفاً موضوع / سؤال مورد نظر برای ارائه مشاوره تخصصی را درج بفرمایید):