به نام پروردگار یکتا

دانشکده علوم پیراپزشکی

فرم ثبت جلسات مشاوره اختصاصی اساتید مشاور

Mashhad University of Medical Sciences

استاد مشاور: نام و نام خانوادگی: آخرین مدرک تحصیلی:

دانشجویان تحت مشاوره: رشته و مقطع تحصیلی: سال ورود: تعداد:

ردیف	نام دانشجو	تاریخ مراجعه	علت مراجعه	توصیه ها و اقدامات انجام شده