بسمه تعالی

فرم شماره 1

 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام

 دانشکده سال تحصیلی

 گزارش کلی از مراجعه دانشجو در طول ترم

نام و نام خانوادگی دانشجو :

شماره دانشجویی :

نام ونام خانوادگی استاد مشاور :

تاریخ جلسات مراجعه ساعت جلسه مراجعه نوع مشکل راه حل ارائه شده

1- ................... ............................. ............................ ...................................................................................

2- ................... ............................. ............................ ...................................................................................

3- ................... ............................. ............................ ...................................................................................

4- ................... ............................. ............................ ...................................................................................

5- ................... ............................. ............................ ...................................................................................

6- ................... ............................. ............................ ..................................................................................

7- ................... ............................. ............................ ..................................................................................

8- ................... ............................. ............................ ...................................................................................

9- ................... ............................. ............................ ..................................................................................

10- ................... ............................. ............................ ...................................................................................

 **امضاء استاد مشاور**