



دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی لارستان

اداره مشاوره و سلامت روان دانشجویان

برگ ارجاع به اداره مشاوره

نام و نام خانوادگی دانشجو:	تاریخ تولد:	نام پدر:	تاریخ ویزیت توسط استاد مشاور:
دانشکده:	رشته تحصیلی:	مقطع تحصیلی:	شماره تماس دانشجو:
نوع مشاوره: تحصیلی	ازدواج	روانشناسی	روان پزشکی
تشخیص اولیه:	تاریخ ارجاع به اداره مشاوره:		

مشاهدات و نظریات استاد مشاور:

نام و نام خانوادگی استاد مشاور درخواست کننده  
مهر و امضاء

نظرات و توصیه های روانشناس:

نام و نام خانوادگی روانشناس  
مهر و امضاء

تائید و امضاء رئیس اداره

استاد گرامی لازم است این فرم در دو نسخه تهیه و به همراه ضمایم به اداره مشاوره ارسال گردد