



به نام خدا
دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی لارستان
دانشکده پرستاری حضرت زینب(س) لارستان
گروه اساتید مشاور

دانشجوی محترم: سرکار خانم/ جناب آقای
سلام علیکم.

نظر به اهمیت اطلاع و پیگیری امور دانشجویان و اجرای مفادبخشنامه اجرایی وظایف اساتید مشاور؛ مبنی بر انجام حداقل سه نوبت مشاوره با دانشجویان در طول هر نیمسال، بدین وسیله از شما درخواست می گردد: با توجه به ساعات مشاوره اعلام شده (توسط استادشماور مربوطه) و تکمیل وارجاع فرم ذیل ، ما را در انجام وظیفه و بهبود آرایه خدمات یاری فرمایید.

با تشکر

نوبت اول تاریخ تحویل فرم با در نظر گرفتن وضعیت کنونی خود، یکی از دو گزینه ذیل را انتخاب نمایید. <input type="checkbox"/> الف - درخواست مشاوره در تاریخ _____ ساعت _____ را دارم. <input type="checkbox"/> ب- در حال حاضر نیاز و مورد خاصی برای ملاقات و مشاوره ندارم. تاریخ ارجاع فرم امضاء دانشجو
نوبت دوم تاریخ تحویل فرم با در نظر گرفتن وضعیت کنونی خود، یکی از دو گزینه ذیل را انتخاب نمایید. <input type="checkbox"/> الف - درخواست مشاوره در تاریخ _____ ساعت _____ را دارم. <input type="checkbox"/> ب- در حال حاضر نیاز و مورد خاصی برای ملاقات و مشاوره ندارم. تاریخ ارجاع فرم امضاء دانشجو
نوبت سوم تاریخ تحویل فرم با در نظر گرفتن وضعیت کنونی خود، یکی از دو گزینه ذیل را انتخاب نمایید. <input type="checkbox"/> الف - درخواست مشاوره در تاریخ _____ ساعت _____ را دارم. <input type="checkbox"/> ب- در حال حاضر نیاز و مورد خاصی برای ملاقات و مشاوره ندارم. تاریخ ارجاع فرم امضاء دانشجو

قابل توجه کلیه دانشجویان محترم:

برگ درخواست مشاوره بمنظور درج در پرونده شما پیش بینی شده است.
بدیهی است؛ در موارد خاص و غیر قابل پیش بینی، بدون تعیین وقت قبلی و بدون محدودیت زمانی، آماده انجام وظیفه هستیم.