



مرکز مطالعات دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

فرم درخواست مشاوره حضوری

مشخصات و اطلاعات درخواست کننده

| |
|---|
| 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 خود را مرقوم فرمایید:

شنبه یکشنبه دوشنبه سه شنبه چهارشنبه

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

۸-۹ ۹:۳۰-۱۰:۳۰ ۱۱-۱۲ ۱۴-۱۴:۳۰

پس از بررسی روزها و ساعات انتخاب شده و در تطابق با برنامه‌های کاری واحد، تاریخ و ساعت دقیق برگزاری جلسه از طریق ایمیل، اعلام خواهد شد.

موضوع مشاوره:

فرد مورد نظر برای مشاوره: