



مرکز مطالعات دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

فرم درخواست مشاوره حضوری

مشخصات و اطلاعات درخواست کننده

نام و نام خانوادگی:
رشته تحصیلی:
مرتبه علمی / سمت:
محل خدمت: دانشکده..... بیمارستان.....
شماره تماس:
نشانی پست الکترونیک:

روزهای مناسب برای برگزاری جلسه مشاوره (لطفاً تا درج علامت (✓)، روز/ روزهای مورد نظر خود را مرقوم فرمایید:

شنبه ☐ یکشنبه ☐ دوشنبه ☐ سه شنبه ☐ چهارشنبه ☐

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

۸-۹: ☐ ۹:۳۰-۱۰:۳۰: ☐ ۱۱-۱۲: ☐ ۱۲:۳۰-۱۴: ☐

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

موضوع مشاوره:

فرد مورد نظر ترای مشاوره: