



فرم شماره ی ۴

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

معاونت آموزشی و پژوهشی

فرم گزارش ثبت مراجعات دانشجو به استاد مشاور

دانشکده گروه نام استاد مشاور نام و نام خانوادگی دانشجو

تاریخ مراجعه دانشجو / نیمسال	راهنمایی و اقدامات انجام شده توسط استاد مشاور	امضای دانشجو

هر دانشجو یک نسخه از این فرم در پرونده داشته باشد