فرم درخواست مشاوره از واحد برنامه­ریزی آموزشی

مشخصات و اطلاعات عضو محترم هیأت علمی

|  |
| --- |
| نام و نام خانوادگی: |
| استاد رشته/ مقطع/ دانشکده/ بیمارستان: |
| مرتبه علمی/ سمت:  |
| شماره تماس ثابت و همراه:  |
| نشانی پست الکترونیک: |

روزهای مناسب برای برگزاری جلسه مشاوره (لطفا با درج علامت­ (✔)، روز/ روزهای مورد نظر را انتخاب بفرمایید):

⃝ شنبه ⃝ یکشنبه ⃝ دوشنبه ⃝ سه­شنبه ⃝ چهارشنبه

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

⃝ 9:30-8:30 ⃝ 10:30-9:30 ⃝ 11:30-10:30 ⃝ 12:30-11:30 ⃝ 14:30-13:30

 علت درخواست مشاوره ( لطفا موضوع/ سؤال مورد نظر برای ارایه مشاوره تخصصی را درج بفرمایید):

\*\* موجب کمال امتنان خواهد بود برای دریافت وقت مشاوره، اطلاعات این فرم و مشخصات خود را به طور دقیق تکمیل نموده و فرم را به نشانیcpdedc.tums@gmail.com و یا sepand.riazi@gmail.com ایمیل فرمایید. پـس از انـجام هـماهـنگی­های مربوطه، تاریخ و ساعت دقیق برگزاری جلسه مشاوره از طریق ایمیل، به استحضار سرکارعالی/ جنابعالی خواهد رسید.

امضا و نظرات مشاوره دهنده: امضا و نظرات مشاوره گیرنده: