



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سمنان

دانشکده پزشکی

### فرم گزارش عملکرد ترمی مشاور

○ نام و نام خانوادگی استاد مشاوره

○ سال تحصیلی:

○ تعداد کل جلسات برگزار شده:

○ تعداد دانشجویان:

خصوصی گروهی

تعداد کل دانشجویان: تعداد دانشجویان مشروطی: تعداد دانشجویان مهمانی: تعداد دانشجویان انتقالی:

### محور کلی مشاوره خصوصی:

○ مشکلات آموزشی: مشکلات شخصی: مشکلات رفاهی: مشاوره علمی:

رشته تحصیلی و دوره:

مقطع تحصیلی:

○ نام و نام خانوادگی دانشجو:

○ سال ورود:

○ محور کلی مشاوره گروهی:

هفتگی (روز و ساعت)

▪ ماهیانه (روز و ساعت)

مشاوره علمی:

مشکلات رفاهی:

مشکلات شخصی:

مشکلات آموزشی:

○ خلاصه وضعیت تحصیلی دوره یا دانشجو:

○ توصیه ها و راهنمایی های ارائه شده:

نام و نام خانوادگی استاد مشاور

امضا