فرم درخواست مشاوره حضوری از واحد برنامه­ریزی درسی دانشکده علوم پزشکی ساوه

نام و نام خانوادگی درخواست کننده:

نشانی پست الکترونیک درخواست کننده:

شماره تماس درخواست کننده:

1. روز درخواست جلسه مشاوره:

 شنبه یکشنبه دوشنبه سه­شنبه چهارشنبه

1. مشاور:

 خانم دکترگلی ارجی خانم دکتر سمیرا علیرضایی خانم دکتر فهیمه آق

1. ساعت درخواست جلسه مشاوره:

 10-9 11-10 12-11

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

پس از بررسی روز و ساعت درخواستی؛ تاریخ و ساعت دقیق برگزاری جلسه از طریق ایمیل، اعلام خواهد شد.