



دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ساوه

بسمه تعالی

تاریخ :  
شماره :  
پیوست :

## فرم درخواست مشاوره طرح نوآورانه دانش پژوهی

جناب آقای / سرکار خانم ....

با سلام و احترام؛

به استحضار می‌رساند جهت تعیین زمان ، برای دریافت مشاوره، اطلاعات این فرم و مشخصات خود را به طور دقیق تکمیل نموده و فرم را به نشانی **Edc.savehums@gmail.com** ایمیل فرمایید. پس از انجام هماهنگی - های مربوطه، تاریخ و ساعت دقیق مشاوره به اطلاع سرکارعالی / جنابعالی خواهد رسید.

مشخصات و اطلاعات درخواست کننده مشاوره:

|                                  |
|----------------------------------|
| نام و نام خانوادگی:              |
| رشته / مقطع / دانشکده / دانشگاه: |
| شماره تماس ثابت و همراه:         |
| نشانی پست الکترونیک:             |

لطفا سوال خود یا حیطه‌ای که در آن خصوص درخواست مشاوره دارید را به طور کامل درج نمایید.

.....  
.....

زمان تعیین شده به منظور ارائه مشاوره به سرکارعالی / جنابعالی: (تاریخ ..... / ساعت .....

امضاء و نظرات مشاوره گیرنده:

امضاء و نظرات مشاوره دهنده: