

**بسمه تعالی**

معاونت اموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان لرستان

مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه

**واحد برنامه ریزی درسی**

**فرم درخواست مشاوره**

ناتا

**مشخصات درخواست دهنده**

**دانشکده/واحد آموزشی:**

**سمت:**

**نام و نام خانوادگی:**

**رشته/مقطع:**

**مرتبه علمی:**

**موضوع/سوال مشاوره:**

**روز مناسب برای مشاوره:** دوشنبه ⃝ چهارشنبه ⃝

**ساعت ترجیحی برای مشاوره:** 8-10 ⃝ 12-14 ⃝

**نوع مشاوره ترجیحی:** حضوری ⃝ تلفنی ⃝ ایمیل⃝

**تلفن:**

**پست الکترونیک:**