



شماره: ---

تاریخ: ---

پیوست: ---

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم
 معاونت آموزشی

فرم گزارش ارائه مشاوره در مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی

حیطه / موضوع مشاوره ارائه شده :		کمیته مرتبط:
۱- زمان جلسه	تاریخ :	۲- مکان جلسه:
ساعت:		
۳- مشخصات دریافت کننده مشاوره		
نام و نام خانوادگی:	رشته:	سمت:
۴- مشخصات ارائه کننده مشاوره		
نام و نام خانوادگی :	رشته:	سمت:
۵- خلاصه مطالب مطرح شده:		
امضاء دریافت کننده مشاوره	امضاء ارائه دهنده مشاوره	