



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی  
درمانی کاشان  
دانشکده پزشکی

بسمه تعالی

## فرم گزارش مشاوره

نام و نام خانوادگی دانشجو: \_\_\_\_\_ رشته تحصیلی: \_\_\_\_\_  
محرر کلی مشاوره: \_\_\_\_\_ سال ورود: \_\_\_\_\_  
مقطع تحصیلی: \_\_\_\_\_ تاریخ مراجعه: \_\_\_\_\_

- ارزیابی استاد راهنما از مسائل و مشکلات شخصی و تحصیلی دانشجو:

- ارزیابی استاد راهنما از علائق شغلی و هدف های تحصیلی دانشجو:

- ارزیابی استاد راهنما از استعداد و ویژگی های شخصیتی دانشجو:

- توصیه ها و ارزیابی استاد راهنما:

- خلاصه راهنمایی های ارائه شده:

نام و نام خانوادگی استاد راهنما

امضاء