**مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشکده علوم پزشکی گراش**

«فرم درخواست مشاوره حضوری از کمیته برنامه ریزی درسی»

**مشخصات و اطلاعات درخواست کننده:**

|  |
| --- |
| نام و نام خانوادگی: |
| رشته تحصیلی: |
| مرتبه علمی/سمت: |
| محل خدمت: |
| شماره تماس: |
| نشانی پست الکترونیک: |

* روزهای مناسب برای برگزاری جلسه مشاوره (لطفا با درج علامت (✓) روز/روزهای موردنظر را انتخاب فرمائید)

شنبه یکشنبه دوشنبه سه شنبه چهارشنبه پنجشنبه جمعه

* ساعات مناسب برای برگزاری جلسه مشاوره (لطفا با درج علامت (✓) روز/روزهای موردنظر را انتخاب فرمائید)

9:30-8:30 10:30-9:30 12:30-11:30 14:30-13:30

پس از بررسی روزها و ساعات انتخاب شده و درتطابق با برنامه‌های کاری واحد، تاریخ و ساعت دقیق برگزاری جلسه از طریق ایمیل، اعلام خواهد شد.

علت درخواست مشاوره (موضوع/سوال موردنظر برای ارائه مشاوره تخصصی را درج فرمائید)

**پس از تکمیل فرم آن را به ایمیل زیر ارسال نمائید**

Edcgerums20@gmail.com