  دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی جیرفت

دانشکده پرستاری و مامایی

  **فرم گزارش عملکرد استاد مشاور**

**نام و نام خانوادگی استاد مشاور**:

نیمسال تحصیلی: رشته و نیم سال ورود دانشجویان: تعداد کل دانشجویان:

ساعت مشاوره در برنامه هفتگی با توجه به تعداد دانشجو:

|  |  |
| --- | --- |
| **1)دانشجویان معدل الف:** | **2)دانشجویان مشروطی** |
| نام و نام خانوادگی | شماره دانشجویی | معدل | نام و نام خانوادگی | شماره دانشجویی | مرتبه مشروطی | نوع مشروطی(متوالی،متناوب) |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **3**)**دانشجویان مهمان و انتقال:**  | **4) دانشجویان با حداقل یک نمره کاهش معدل** |
| نام ونام خانوادگی | شماره دانشجویی | دانشگاه مقصد | نام نام خانوادگی | شماره دانشجویی | محل ارجاع | توضیحات در صورت لزوم |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **موارد ارجاعی به اداره مشاوره : .....** |
| دانشجویان با حداقل یک نمره افزایش معدل : |

 امضای استاد مشاور