

واحد توسعه آموزش بالینی مرکز آموزشی درمانی کودکان تبریز

فرم درخواست مشاوره حضوری

- نام و نام خانوادگی:
- مقطع تحصیلی:
- رشته تحصیلی:
- مرتبه علمی / سمت:
- محل خدمت:
- دانشکده / بیمارستان:
- شماره تماس (ثابت):
- شماره تماس ( همراه):
- نشانی پست الکترونیک:
- روزهای مناسب برای برگزاری جلسه مشاوره:
  - شنبه
  - یکشنبه
  - دوشنبه
  - سه شنبه
  - چهارشنبه
- علت درخواست مشاوره (لطفا موضوع نیازمند مشاوره را بصورت صریح قید نمایید):

تاریخ و امضا