****

**مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س)**

**فرم درخواست اطلاعات بالینی**

|  |
| --- |
| **الف )اطلاعات شخصی (اساتید، دانشجویان، پرسنل)** **1. نام و نام خانوادگی :****2. (شماره دانشجویی) : نام واحد:****3. رتبه علمی:****3. رشته تخصصی:****5. پست الکترونیک :****6. شماره تماس:** |
| **ب) نوع مشاوره درخواستی :** |
| **میزان رضایت از پاسخگویی به درخواست اطلاعاتی:****خیلی زیاد O زیاد O متوسط O کم O خیلی کم O**  |
| **د) مسئول ارائه دهنده مشاوره اطلاعات بالینی :** |