****

**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 :** |