**فرم ارزشیابی استاد مشاور دانشجو**

**ویژه دانشجو**

**دانشجوی گرامی ضمن آرزوی موفقیت شما در تمام مراحل زندگی، در راستای اجرای هر چه بیشتر آیین نامه استاد مشاور با پاسخ های صادقانه خود دانشکده دندانپزشکی را د ر هدایت هدفمند امور تحصیلی دانشجویان جهت رشد و شکوفایی هرچه بیشتر از آنان یاری نمایید.**

**نام و نام خانوادگی استاد مشاور:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **عملکرد استاد مشاور** | **عالی** | **خوب** | **متوسط** | **نامطلوب** |
| **1** | **نحوه برخورد استاد مشاور در موقع مراجعه شما** |  |  |  |  |
| **2** | **میزان آشنایی استاد مشاور به وظایف و اختیارات خود از دیدگاه شما** |  |  |  |  |
| **3** | **میزان تلاش استاد مشاور در مشاوره و انتقال اطلاعات و تجربیات** |  |  |  |  |
| **4** | **میزان تاثیر استاد مشاور در حل مشکل شما** |  |  |  |  |
| **5** | **حضور استاد مشاور در مکان و زمان اعلام شده برای ملاقات** |  |  |  |  |
| **6** | **میزان تمایل شما جهت مشاوره با استاد مشاور معرفی شده در آینده** |  |  |  |  |