

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی لرستان

دانشکده پزشکی

کارنامه رفتار و پوشش حرفه‌ای دانشجویان

سال تحصیلی:

نیم‌سال تحصیلی:

رشته تحصیلی:

نام درس:

ردیف	نام دانشجو	شماره دانشجویی	نمره رفتار حرفه‌ای	نمره پوشش حرفه‌ای
۱			۰-۴	۰-۴
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				
۹				
۱۰				
۱۱				
۱۲				
۱۳				
۱۴				
۱۵				
۱۶				
۱۷				
۱۸				
۱۹				
۲۰				
۲۱				
۲۲				
۲۳				
۲۴				
۲۵				
۲۶				

نام و امضا مدیر گروه:

نام و امضا مدرس یا مسئول درس: