

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی لرستان

دانشکده پزشکی

کارنامه ترمی رفتار و پوشش حرفه‌ای دانشجو

شماره دانشجویی:

نام و نام خانوادگی دانشجو:

سال تحصیلی:

نیم‌سال تحصیلی:

رشته تحصیلی:

ردیف	نام درس	نام استاد	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				
معدل کل رفتار و پوشش حرفه‌ای				

نام و امضا تکمیل کننده فرم: