

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی لرستان

دانشکده پزشکی

کارنامه نهایی رفتار و پوشش حرفه‌ای دانشجویان

شماره دانشجویی:

نام و نام خانوادگی دانشجو:

ورودی:

رشته تحصیلی:

ردیف	نیم‌سال تحصیلی		سال تحصیلی	نمره رفتار حرفه‌ای				نمره پوشش حرفه‌ای			
	اول	دوم		عالی	خوب	متوسط	ضعیف	عالی	خوب	متوسط	ضعیف
۱											
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 رئیس دانشکده پزشکی:

نام و امضا تکمیل کننده فرم: