**فرم شماره 3: فرم نظرسنجی از اعضای هیات علمی استفاده کننده از خدمات مشاوره**

نام مشاور شما: .............

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| گویه | خیلی راضی | راضی | رضایت متوسط | ناراضی | کاملا ناراضی |
| کیفیت مشورت ارائه شده به شما  |  |  |  |  |  |
| مدت زمان صرف شده جهت ارائه مشاوره |  |  |  |  |  |
| به موقع بودن ارائه مشاوره (مشاوره حداکثر تا یک هفته پس از دریافت درخواست توسط کلینیک مشاوره به شما ارائه می گردد) |  |  |  |  |  |
| هماهنگی های لازم جهت دریافت مشاوره  |  |  |  |  |  |

اگر چنانچه نظر، پیشنهاد یا انتقادی دارید در این قسمت مرقوم فرمایید: ................................................................................................................