|  |
| --- |
| **نام و نام خانوادگی**     **شماره تماس**  **نوع مشاوره**    پیش از ازدواج ، زوج درمانی  خانواده درمانی، اختلالات زناشویی  مشاوره فردی(درمان اختلالات اضطرابی، وسواس فکری وعملی )  مشاوره هدایت تحصیلی (از رویا تا هدف )  تناسب اندام،تغذیه سالم ، رژیم درمانی  **زمان مشاوره**   **روزهای هفته**    **ساعت** |

**نوبت دهی مرکز مشاوره**