|  |
| --- |
| **نام و نام خانوادگی****شماره تماس**   **نوع مشاوره** پیش از ازدواج ، زوج درمانی خانواده درمانی، اختلالات زناشوییمشاوره 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**