**بسمه تعالی**

**فرم ضميمه**

 **دانشکده پزشکی اطلاعات مربوط به عوامل اجرايي طرح پايان نامه دانشجويي**

در صورتيكه طرح پيش نويس پايان نامه دانشجويي است، لازم است جهت تکمیل فرایند تصویب و ثبت پايان نامه دانشكده پزشكي، فرم ذيل تكميل و به انضمام پروپوزال مذكور به اين واحد ارسال گردد. بدیهی است اظهار نظر نهایی پس از تصویب شورای پژوهشی گروه ، موکول به تطبیق فرم ارسال شده با مصوبات دانشگاه ( شرایط دانشجو جهت اخذ پایان نامه، شرایط و تعداد استاد راهنما و مشاور، ظرفیت اساتید راهنما و ...) انجام خواهد شد.

* 1. **مشخصات طرح تحقیقاتی**

**کد** : ....

**عنوان طرح** : .....

* 1. **مشخصات استاد راهنماي مسئول**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نام:  | نام خانوادگي:  | مرتبه علمي:  |
| رشته :  | آخرين مدرك تحصيلي:  | نام گروه آموزشي:  |
| محل خدمت (نام دانشكده يا بيمارستان يا ....) |
| نشاني محل خدمت:  | مهر و امضاء |
| نشاني منزل:  |
| تلفن منزل: | تلفن همراه: |
| تلفن محل خدمت: | شماره حساب بانكي: |
| نشاني پست الكترونيك:  |

* 1. **مشخصات استاد راهنماي دوم**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نام: | نام خانوادگي: | مرتبه علمي: |
| رشته تخصصي: | آخرين مدرك تحصيلي: | نام گروه آموزشي: |
| محل خدمت (نام دانشكده يا بيمارستان يا ....) |
| نشاني محل خدمت:  | مهر و امضاء |
| نشاني منزل:  |
| تلفن منزل: | تلفن همراه: |
| تلفن محل خدمت: | شماره حساب بانكي: |
| نشاني پست الكترونيك:  |

* 1. **مشخصات اساتيد مشاور**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگي** | **تخصص** | **درجه علمي يا ميزان تحصيلات** | **نوع همكاري** | **امضاء** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* 1. **مشخصات دانشجو**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نام: | نام خانوادگي: | کدملی:  | امضاء |
| رشته تحصيلي: | مقطع تحصيلي: |
| سال ورود به دانشگاه: | شماره دانشجويي: |
| آدرس: |
| شماره تلفن تماس ضروري: | تلفن همراه: |
| نشاني پست الكترونيك:  |

* 1. **اظهار نظر مدیرگروه یا مسئول کمیته پژوهشی گروه** **:**

|  |  |
| --- | --- |
| **موارد** | **مهرو امضا**  |
| آیا موضوع طرح تحقیقاتی با سطح و مقطع تحصیلات دانشجو متاسب است ؟ بلی خیر |  |
| آیا تعداد اساتید راهنما و مشاور با موضوع تحقیق متناسب است ؟ بلی خیر |  |