

**دانشگاه علوم پزشکی گناباد**

**دانشکده پزشکی**

**معاونت پژوهشی**

**درخواست تصویب عنوان پایان نامه مقطع دکتری عمومی پزشکی**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **امضاء** | **شماره دانشجویی** | **نام و نام خانوادگی دانشجو** |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **امضاء و تاریخ** | **محل خدمت** | **رشته، مقطع** | **سمت استاد در پایان نامه** | **نام و نام خانوادگی اساتید** |
|  |  |  | استاد راهنما |  |
|  |  |  | استاد مشاور |  |
|  |  |  | استاد مشاور |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| عنوان پیشنهادی پایان نامه: |
| **Title:** |

بیان مسئله، دلایل و ضرورت انجام طرح

**اهداف:**

* **هدف کلی :**

-

* **اهداف اختصاصی :**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**روش انجام تحقیق:**

**References:**

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

|  |
| --- |
| *عنوان مصوب:* |
| **Approved Title:** |

**عنوان پایان نامه ی فوق در جلسه مورخ کمیته تخصصی پژوهشی .............. دانشکده پزشکی مطرح و**

**تصویب شد □ تصویب نشد □**

|  |
| --- |
| توضیحات: |

**معاون پژوهشی دانشکده پزشکی**

**تاریخ و امضا**