



بسمه تعالی

فرم ضمیمه

دانشکده پزشکی

اطلاعات مربوط به عوامل اجرایی طرح پایان نامه دانشجویی

در صورتیکه طرح پیش نویس پایان نامه دانشجویی است، لازم است جهت تکمیل فرایند تصویب و ثبت پایان نامه دانشکده پزشکی، فرم ذیل تکمیل و به انضمام پروپوزال مذکور به این 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.

۱- مشخصات طرح تحقیقاتی

کد:
عنوان طرح:

۲-۱) مشخصات استاد راهنمای مسئول

نام:	نام خانوادگی:	مرتبه علمی:
رشته:	آخرین مدرک تحصیلی:	نام گروه آموزشی:
محل خدمت (نام دانشکده یا بیمارستان یا)		
نشانی محل خدمت:		مهر و امضاء
نشانی منزل:		
تلفن منزل:	تلفن همراه:	
تلفن محل خدمت:	شماره حساب بانکی:	
نشانی پست الکترونیک:		

۳-۱) مشخصات استاد راهنمای دوم

نام:	نام خانوادگی:	مرتبه علمی:
رشته تخصصی:	آخرین مدرک تحصیلی:	نام گروه آموزشی:
محل خدمت (نام دانشکده یا بیمارستان یا)		
نشانی محل خدمت:		مهر و امضاء
نشانی منزل:		
تلفن منزل:	تلفن همراه:	
تلفن محل خدمت:	شماره حساب بانکی:	
نشانی پست الکترونیک:		

۴-۱) مشخصات اساتید مشاور

نام و نام خانوادگی	تخصص	درجه علمی یا میزان تحصیلات	نوع همکاری	امضاء

۵-۱) مشخصات دانشجو

امضاء	نام خانوادگی:	نام:
	مقطع تحصیلی:	رشته تحصیلی:
	شماره دانشجویی:	سال ورود به دانشگاه:
	آدرس:	
	تلفن همراه:	شماره تلفن تماس ضروری:
	نشانی پست الکترونیک:	

۶-۱) اظهار نظر مدیر گروه یا مسئول کمیته پژوهشی گروه :

مهر و امضا	موارد
	آیا موضوع طرح تحقیقاتی با سطح و مقطع تحصیلات دانشجو متناسب است ؟ ☐ بلی ☐ خیر
	آیا تعداد اساتید راهنما و مشاور با موضوع تحقیق متناسب است ؟ ☐ بلی ☐ خیر