|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *ظسشط بسمه‌تعالي* دانشگاه علوم پزشكي بابل دانشکده پزشکی  ***معاونت پژوهشی*** «**فرم انتخاب پايان‌نامه تحصیلات تکمیلی**» دانشجوی گرامی : خواهشمند است این فرم با نظارت دقیق استاد/ استادان راهنما براساس آخرین ویراست شیوه نامه بصورت واضح و کامل منضم به سایر مدارک تکمیل گردد و جهت بررسی به شورای پژوهشی دانشکده ارسال شود.  ***کد رهگیری طرح :***  ***عنوان*** **:** | | | |
| ***نام و نام خانوادگي:*** | | ***شماره دانشجویی:*** |  |
| ***تاریخ تحویل به دانشکده :*** | |  | *امضاء:* |
| ***نام و نام خانوادگي استاد/ استادان راهنما***    مهر و امضاء    ***نام و نام خانوادگي استاد/ استادان مشاور***  مهر و امضاء | | | |
| **نظریه شورای پژوهشی گروه و تأییدیه مدیرگروه مربوطه:**  امضاء و مهر مدیر گروه: | | | |
| **نظریه آموزش دانشکده :آیا دانشجو مجاز به انتخاب پایان نامه می باشد و منع آموزشی ندارد؟**  مهر و امضاء مسئول آموزش: | | | |
| نظریه کارشناس آماری( درصورت لزوم) :  ملاحظات :  امضاء کارشناس آماری | | | |

**فرم شماره (پاییز 97)**