|  |
| --- |
| *ظسشط بسمه‌تعالي*دانشگاه علوم پزشكي بابلدانشکده 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)**