

بسمه تعالی
دانشگاه علوم پزشکی بابل
دانشکده پزشکی
معاونت پژوهشی
«فرم انتخاب پایان نامه تحصیلات تکمیلی»

همکار گرامی: خواهشمند است این فرم با نظارت دقیق جنابعالی بصورت واضح و کامل تکمیل گردد و جهت بررسی به شورای پژوهشی دانشکده ارسال شود.

کد طرح:

عنوان:

شماره دانشجویی:

نام و نام خانوادگی:

تاریخ تحویل:

امضاء:

رشته:

نام و نام خانوادگی استاد راهنمای اول:

مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی استاد راهنمای دوم:

مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی استاد مشاور اول:

مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی استاد مشاور دوم:

مهر و امضاء

نظریه شورای درون گروهی و تأییدیه مدیر گروه مربوطه:

نام و امضاء مدیر گروه:

نظریه آموزش دانشکده: آیا دانشجو مجاز به انتخاب پایان نامه می باشد و منع آموزشی ندارد؟

امضاء مسئول آموزش:

محل امضاء

نام و نام خانوادگی کارشناس آماری:

ملاحظات:

نظرات اصلاحی کارشناس متخصص آمار

(۱)

(۲)

(۳)

(۴)

(۵)

(۶)

(۷)

(۸)

(۹)

(۱۰)