|  |
| --- |
|  *بسمه‌تعالي*دانشگاه علوم پزشكي بابلدانشکده پزشکی***معاونت پژوهشی***«**فرم انتخاب پايان‌نامه 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*** **:**  |
| ***نام و نام خانوادگي:*** |  ***شماره دانشجویی:*** |  |
| ***رشته:***  |  ***امضاء:***  |  ***تاریخ تحویل :*** |
| ***نام و نام خانوادگي استاد راهنمای اول:***  **مهر و امضاء** ***نام و نام خانوادگي استادراهنمای دوم :*  مهر و امضاء** ***نام و نام خانوادگي استاد مشاور اول :*  مهر و امضاء*****نام و نام خانوادگي استاد مشاور دوم :*  مهر و امضاء** |
| **نظریه شورای درون گروهی و تأییدیه مدیرگروه مربوطه:**نام و امضاء مدیر گروه: |
| **نظریه آموزش دانشکده :آیا دانشجو مجاز به انتخاب پایان نامه می باشدو منع آموزشی ندارد؟**امضاء مسئول آموزش: |

|  |
| --- |
| محل امضاء نام و نام خانوادگی کارشناس آماری :ملاحظات : |

نظرات اصلاحی کارشناس متخصص آمار

1)

2)

3)

4)

5)

6)

7)

8)

9)

10)