|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *بسمه‌تعالي* دانشگاه علوم پزشكي بابل دانشکده 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)