

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی بابل

دانشکده پزشکی

معاونت پژوهشی

«فرم انتخاب پایان نامه»

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 خانوادگی:

شماره دانشجویی:

تاریخ تحویل

رشته:

امضاء:

:

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 مدیرگروه 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
آماري :
ملاحظات :

نظرات اصلاحي کارشناس متخصص آمار

(۱)

(۲)

(۳)

(۴)

(۵)

(۶)

(۷)

(۸)

(۹)

(۱۰)