بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان

دانشکده پزشکی

**پروپوزال پایان نامه دوره تحصيلات تكميلي**

**و**

تاریخ: ................

شماره: ...............

|  |
| --- |
| **عنوان فارسی**  **عنوان انگلیسی** |

**عنوان پایان نامه**

**ارایه دهنده**

**اساتید راهنما و مشاور**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام و نام خانوادگی | رشته تحصیلی | رتبه | نوع همکاری (مهر و امضا) | نشانی محل کار و تلفن همراه |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام و نام خانوادگی | رشته تحصیلی (روزانه/ بین الملل) | سال ورود | شماره دانشجویی | نشانی و تلفن همراه |
|  |  |  |  |  |  |

**تایید مدیر گروه آموزشی**

اینجانب .................................... مدیرگروه آموزشی ............................. پروپوزال را در جلسه ............................ گروه مطرح نموده و از نظر علمی، اجرا و پیشبینی هزینه در قالب طرح تحقیقاتی پيوست مطالب آن را تایید می نمایم.

مهر و امضا

**تایید شوراي تحصيلات تكميلي دانشکده پزشکی**

1. پروپوزال در جلسه مورخه ................... بررسی شد و مورد موافقت قرار گرفت🞏 نگرفت 🞏 جهت اصلاحات عودت داده شد🞏
2. پروپوزال در جلسه مورخه ................... بررسی شد و مورد موافقت قرار گرفت🞏 نگرفت 🞏 جهت اصلاحات عودت داده شد🞏
3. پروپوزال در جلسه مورخه ................... بررسی شد و مورد موافقت قرار گرفت🞏 نگرفت 🞏 جهت اصلاحات عودت داده شد🞏

تصویب نهایی پروپوزال در جلسه مورخ............................مورد تایید است.

**کارشناس پژوهشی دانشکده پزشکی معاونت پژوهشی دانشکده پزشکی**

نام و نام خانوادگی نام و نام خانوادگی تاریخ امضا تاریخ امضا