

شماره:
تاریخ:
پیوست:

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان
دانشکده دندانپزشکی



فرم درخواست ثبت موضوع طرح / پایان نامه دانشجویان دوره عمومی دندانپزشکی

استاد محترم: جناب آقای/سرکار خانم

خواهشمند است با راهنمایی پایان نامه ☐ طرح ☐ اینجانب
با عنوان: دانشجوی سال ورودی

موافقت فرمایید.

ضرورت اجرا (در سه خط):

نام و نام خانوادگی دانشجو: تاریخ و امضاء:

نام و نام خانوادگی استاد راهنمای اول: رتبه علمی: تاریخ و امضاء:

نام و نام خانوادگی استاد راهنمای دوم (در صورت وجود): رتبه علمی: تاریخ و امضاء:

نام و نام خانوادگی استاد مشاور (در صورت وجود): رتبه علمی: تاریخ و امضاء:

نام و نام خانوادگی مشاور آماری: رتبه علمی: تاریخ و امضاء:

نام و نام خانوادگی نماینده پژوهشی گروه مربوطه: تاریخ و امضاء:

معاون پژوهشی دانشکده

تاریخ و امضاء:

قابل ذکر است که تصویب عنوان تضمینی بر تصویب پروپوزال نیست بلکه پروپوزال بایستی مورد تایید اعضای شورا قرار گیرد.