

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



شماره:
تاریخ:
پیوست:

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

معاونت محترم پژوهشی دانشکده دندانپزشکی
با سلام

احتراما اینجانب
خواستار تغییر عنوان پایان نامه خود می باشم.

عنوان قبل:

تاریخ تصویب عنوان قبل:
نام و نام خانوادگی اساتید راهنما:
علت درخواست تغییر عنوان:

تاریخ و امضای اساتید راهنما:



باتغییر استاد راهنما



موافقت اساتیدراهنما با تغییر عنوان

عنوان جدید:

نام و نام خانوادگی اساتید راهنمای عنوان جدید:

☆ اینجانب آگاهی دارم و تعهد می نمایم محاسبه یک سال جهت دریافت وقت دفاع از پایان نامه، از تاریخ تصویب عنوان جدید انجام خواهد شد.

معاون پژوهشی دانشکده:

نام و نام خانوادگی و امضای دانشجو: