بسمه‌تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل

دانشکده بهداشت

معاونت آموزشی

«فرم انتخاب پایان‌نامه تحصیلات تکمیلی»

دانشجوی گرامی: خواهشمند است این فرم با نظارت دقیق استاد/ استادان راهنما و مشاور به‌صورت واضح و کامل منضم به سایر مدارک تکمیل گردد و جهت بررسی به شورای تحصلات تکمیلی و پژوهشی دانشکده ارسال شود.

کد رهگیری طرح (در صورت وجود):

عنوان:

نام و نام خانوادگی: **شماره دانشجویی:**

تاریخ تحویل به دانشکده: امضاء:

نام و نام خانوادگی استاد/ استادان راهنما

مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی استاد/ استادان مشاور

مهر و امضاء

نظریه شورای پژوهشی گروه و تأییدیه مدیر گروه مربوطه:

امضاء و مهر مدیر گروه:

نظریه آموزش دانشکده: آیا دانشجو مجاز به انتخاب پایان‌نامه می‌باشد و منع آموزشی ندارد؟

مهر و امضاء مسئول آموزش: