



دانشکده پرستاری و مامایی

بسمه تعالی

فرم درخواست تصویب طرح تحقیقاتی پایان نامه

گواهی می شود دانشجوی به شماره دانشجویی با توجه به بررسی پرونده تحصیلی از نظر واحد درسی روش تحقیق مجاز به دفاع از پروپوزال می باشد نمی باشد

امضاء کارشناس تحصیلات تکمیلی

تاریخ

اینجانب دانشجوی کارشناسی ارشد (پرستاری / مامایی گرایش اتاق عمل)، به شماره دانشجویی که در تاریخ پایان نامه با عنوان :

تصویب گردیده، تقاضای بررسی طرح تحقیقاتی و ابزار گردآوری اطلاعات را دارم. همچنین متعهد می شوم که حداکثر ظرف مدت ۲ هفته پروپوزال اصلاح شده منضم به تأیید اصلاحات توسط استاد راهنما را به حوزه تحصیلات تکمیلی و معاونت پژوهشی دانشکده ارائه نمایم.

امضا دانشجو

تاریخ

پروپوزال پیوست دانشجوی فوق از نظر اینجانب عضو هیئت علمی گروه که راهنمایی دانشجوی فوق را عهده دار می باشم آماده دفاع می باشد.

امضا استاد راهنما

تاریخ

نام اساتید مشاور به انضمام درخواست کتبی:

امضا مدیر گروه

تاریخ

داوران پیشنهادی مدیر گروه :

امضا معاون پژوهشی

تاریخ

داور پیشنهادی (نماینده) پژوهشی :

امضاء مدیر تحصیلات تکمیلی

تاریخ

داوران نهایی (تأیید شده توسط مدیر تحصیلات تکمیلی):