**باسمه تعالی**

***فرم درخواست انجام پایان نامه و پروژه­های تحقیقاتی در واحد توسعه تحقیقاتی بالینی شهداء***

اینجانب . . . . . . . . . . . . . . . دانشجوی رشته . . . . . . . . . . . . . . . مقطع . . . . . . . . . . . . . دانشگاه . . . . . . . . . . گروه آموزشی . . . . . . . . . . . . . . . متقاضی انجام پایان نامه دانشجویی خود در این مرکز می­باشم. متمنی است دستورات لازم را مبذول فرمایید.

موضوع پایان نامه/ پروژه . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

اساتید راهنما . . . . . . . . . . . . . . . .

اساتید مشاور . . . . . . . . . . . . . . . .

پایان نامه/ پروژه شما در جهت کدامیک از اهداف پژوهشی واحد توسعه می باشد؟ . . . . . . . . .

محدوده زمانی مورد نظر جهت انجام پایان نامه . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

آدرس الکترونیکی . . . . . . . . . . . . . .

شماره تماس . . . . . . . . . . . . . . . . . .

امضای متقاضی امضای استاد راهنمای اول

-------------------------------------------------------------------------------------------

مطابق . . . . . . . . جلسه شورای علمی – پژوهشی واحد توسعه تحقیقات بالینی شهداء که در تاریخ . . . . . . برگزار شد، مصوب گردید انجام پایان نامه آقای/ خانم . . . . . . . . . . . . . . در واحد توسعه تحقیقات بالینی قبول/ رد گردد.

دلیل عدم موافقت . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 امضای رییس واحد