



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم

دانشکده پزشکی

فرم درخواست ثبت موضوع پایان نامه

<p>دستیار / کارآموز</p>	<p>نام و نام خانوادگی: عنوان: پست الکترونیک: تلفن: تاریخ:</p>
<p>استاد راهنما</p>	<p>اینجانب موافقت نموده و راهنمایی نامبرده را تقبل می نمایم. تاریخ: امضاء</p>
<p>استاد راهنما</p>	<p>اینجانب موافقت نموده و راهنمایی نامبرده را تقبل می نمایم. تاریخ: امضاء</p>
<p>استاد مشاور</p>	<p>اینجانب فوق موافقت نموده و مشاوره نامبرده را تقبل می نمایم. تاریخ: امضاء</p>
<p>استاد مشاور</p>	<p>اینجانب فوق موافقت نموده و مشاوره نامبرده را تقبل می نمایم. تاریخ: امضاء</p>
<p>تأییدیه آمار</p>	<p>اینجانب تحقیقاتی فوق را از لحاظ آماری و متدولوژی بررسی نموده و مورد تأیید می باشد. تاریخ: امضاء</p>
<p>مدیر گروه آموزشی</p>	<p>موضوع فوق در تاریخ در گروه مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. مهر و امضاء مدیر گروه</p>