



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان
دانشکده پزشکی

فرم ثبت پایان نامه

اینجانب نام و نام خانوادگی
خود را تحت عنوان:
کارآموز/کارورز/ دستیار ورودی سال
دانشکده پزشکی پایان نامه

محل امضاء با مهر تأیید	متخصص	زیر نظر استاد راهنمای آقای/ خانم دکتر
محل امضاء با مهر تأیید	متخصص	زیر نظر استاد راهنمای آقای/ خانم دکتر
محل امضاء با مهر تأیید	متخصص	زیر نظر استاد مشاور/کانون مشاوره آقای/ خانم دکتر
محل امضاء با مهر تأیید	متخصص	زیر نظر استاد مشاور/کانون مشاوره آقای/ خانم دکتر
محل امضاء با مهر	متخصص	مدیر گروه تأیید اعلام می نمایم. آقای/ خانم دکتر

عنوان پایان نامه:

در تاریخ
باشماره
ثبت گردیده است.

۱- کارشناس پژوهشی دانشکده

۲- معاون پژوهشی دانشکده

عنوان پایان نامه در تاریخ

شماره
ثبت گردیده است.

محل امضاء با مهر

رئیس اداره خدمات و آموزش