



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان
معاون آموزشی

مدیریت تحصیلات تکمیلی

بسمه تعالی

تاریخ:

شماره:

پیوست:

فرم ثبت پایان نامه‌ی دوره دکتری تخصصی (Ph.D.)

۱- مشخصات دانشجو

نام و نام خانوادگی : رشته تحصیلی : بهداشت باروری مقطع Ph.D. سال ورود:
تاریخ آخرین آزمون جامع : ۱۳۰۰/۰۰/۰۰ نتیجه آخرین آزمون جامع: قبول ☒ مردود ☐
*ثبت پایان نامه منوط به اعلام قبولی دانشجو در آزمون جامع از سوی مدیریت تحصیلات تکمیلی دانشگاه است.

۲- مشخصات پایان نامه

عنوان: " : "

استادان راهنما:

۱- امضاء

۲- امضاء

استادان مشاور:

۳- امضاء

۴- امضاء

تاریخ تصویب در گروه :

توجه: ۱- فرم پیشنهاد طرح تحقیقاتی و صورتجلسه شورای گروه باید پیوست این برگ گردد.

نماینده شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده : مدیر امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه :

معاون آموزشی دانشگاه :

شماره ثبت دفتر آموزشی: تاریخ ثبت: شماره ثبت دفتر پایان نامه:

موعد ارائه گزارش های ۶ ماهه پیشرفت پایان نامه : گزارش اول (مورخ/...../.....) گزارش دوم (مورخ/...../.....)

گزارش سوم (مورخ/...../.....) گزارش چهارم (مورخ/...../.....)

گزارش پنجم (مورخ/...../.....) گزارش ششم (مورخ/...../.....)