



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود
دانشکده پزشکی

فرم ۱: تعیین استاد راهنما

*تذکر: این فرم می‌بایستی تا پایان نیم‌سال اول تحصیلی تکمیل گردد.

استاد گرامی، جناب آقای/سرکارخانم دکتر

بدین‌وسیله از جناب‌عالی درخواست می‌گردد موافقت خویش را با پذیرش مسئولیت استاد راهنمایی این‌جانب در مقطع کارشناسی ارشد □ دکتری □ رشته گرایش با شماره دانشجویی ورودی سال تحصیلی اعلام فرمایید.

امضاء و تاریخ:

نام و نام خانوادگی دانشجو

مدیر محترم گروه آموزشی

بدین‌وسیله موافقت خویش را با درخواست آقای/خانم با شماره دانشجویی ورودی سال تحصیلی اعلام می‌دارم

امضاء و تاریخ:

نام و نام خانوادگی استاد راهنما

معاون محترم آموزشی و پژوهشی دانشکده

بدین‌وسیله مراتب تعیین آقای/سرکارخانم به عنوان استاد راهنمای آقای/خانم با شماره دانشجویی ایفاد می‌گردد.

امضاء و تاریخ:

نام و نام خانوادگی مدیر گروه

مدیر محترم تحصیلات تکمیلی دانشگاه

احتراماً، ضمن تأیید موارد فوق بدین‌وسیله موافقت شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده جهت اقدام لازم اعلام می‌گردد. نام و نام خانوادگی معاون آموزشی و پژوهشی دانشکده

امضاء و تاریخ:

این فرم در تاریخ با شماره ثبت و در پرونده آموزشی دانشجو بایگانی گردید.

امضاء و تاریخ:

نام و نام خانوادگی کارشناس تحصیلات تکمیلی دانشکده