



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان
دانشکده پزشکی

فرم ۳-۱: تایید نهایی موضوع پایان نامه تحصیلات تکمیلی (کارشناسی ارشد و دکتری تخصصی)

نام و نام خانوادگی: کد ملی: نام پدر:	ورودی ماه و سال: شماره دانشجویی: تلفن:	مشخصات دانشجو			
نوع تحقیق: <input type="checkbox"/> بنیادی <input type="checkbox"/> کاربردی <input type="checkbox"/> HSR	موضوع:	مشخصات پایان نامه			
عنوان	نام و نام خانوادگی	رتبه علمی	تخصص	محل خدمت	امضاء
استاد راهنما					
استاد راهنما (دوم)					
استاد مشاور					
استاد					

*: استاد راهنما و مشاور دوم مربوط به رساله های دکتری تخصصی بوده و در خصوص دانشجویان ارشد فقط یک استاد راهنما و یک مشاور کافی می باشد.

نظریه کارشناس معاونت پژوهشی دانشکده: <input type="checkbox"/> استاد راهنمای معرفی شده سهمیه اخذ این پایان نامه را دارد. <input type="checkbox"/> سهمیه استاد راهنمای معرفی شده در حال حاضر تکمیل می باشد.			
نام و نام خانوادگی و امضاء:	تاریخ:		
نظریه استاد راهنما و دانشجو در خصوص تکراری بودن / نبودن عنوان: برای بررسی عدم تکراری بودن عناوین می توانید از لینک های ذیل استفاده نمایید: ۱- سامانه پایان نامه های دانشگاه های علوم پزشکی: ۲- سامانه مشابهت یاب: ۳- سامانه جامع طرح های تحقیقاتی علوم پزشکی: ۴- بانک اطلاعات مقالات پزشکی ایران: لازم به ذکر است آدرس این لینک ها در آدرس research.ac.ir موجود می باشد. <input type="checkbox"/> عنوان طرح تکراری نیست. لازم به ذکر است این عدم تکرار برای فقط دو هفته اعتبار داشته و دانشجو موظف به ثبت پروپوزال تکمیل شده در این بازه زمانی می باشد و در صورت تکراری بودن عنوان و یا اتمام زمان فوق، مسئولیت تکراری بودن عنوان در هر مرحله از ثبت پروپوزال تا اخذ کد اخلاق به عهده استاد راهنما و دانشجوی مربوطه بوده و دانشجو موظف است در اسرع وقت نسبت به اخذ عنوان جدید و طی مراحل ثبت فوق اقدام نماید. (لازم به ذکر است حداقل زمان دفاع از پایان نامه گذشت حداقل یک سال از ثبت عنوان می باشد.)			
امضاء استاد راهنما:	تاریخ:	امضاء دانشجو:	تاریخ:
نظریه شورای پژوهشی دانشکده: <input type="checkbox"/> رد پروپوزال <input type="checkbox"/> بررسی مجدد پس از رفع اشکالات <input type="checkbox"/> تصویب نهایی			