**بسمه تعالی**



**فرم درخواست بررسی عنوان پایان نامه**

دانشجوی گرامی : تکمیل تمامی موارد فرم زیر به صورت صحیح، جهت ثبت عنوان پایان نامه الزامی می­باشد.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **با سلام ، احتراما اینجانب................................ عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی .............................. دانشجوی رشته ی آموزش پزشکی هوشمند با شماره دانشجویی .......................... با هماهنگی که با استاد راهنمای داشته ام عنوان ذیل را جهت پایان نامه خود انتخاب نموده ام .** | | | |
| **تلفن همراه (اجباری):** | | **آدرس پست الكترونيكی(اجباری):** | |
| **تاریخ ارسال / ارائه فرم به استاد راهنما:** | | | |
| **عنوان پایان نامه :** | | | |
| **استاد راهنمای اول**  **نام و نام خانوادگی:**  **مرتبه علمی:**  **عضویت سازمانی:**  **تعداد پایان نامه های اتمام یافته:**  **تعداد پایان نامه های دردست راهنمایی:**  **امضا:** | **استاد راهنمای دوم**  **نام و نام خانوادگی:**  **مرتبه علمی:**  **عضویت سازمانی:**  **تعداد پایان نامه های اتمام یافته:**  **تعداد پایان نامه های دردست راهنمایی:**  **امضا:** | | **استاد مشاور**  **نام و نام خانوادگی:**  **مرتبه علمی:**  **عضویت سازمانی:**  **امضا:** |
| **نوع پایان نامه:** دانش پژوهی آموزشی🞏 اقدام پژوهی مشارکتی 🞏 طرح پژوهشی مرسوم 🞏 | | | |
| **بیان مساله(ضرورت و اهمیت مطالعه) به صورت خلاصه: با ذکر منابع** | | | |
| **تعریف واژه ها :** | | | |
| **اهداف:(کلی و اختصاصی):** | | | |
| **روش انجام پژوهش (به طور مختصر)**  **(**علاوه بر خلاصه روش اجرا لطفا به نوع پژوهش، مداخله اصلی (در صورت وجود)، مواجهه (های) اصلی (در صورت وجود) و پیامد(های) اصلی اشاره نمایید) | | | |
| **کاربرد عملی پایان نامه( مراکزی که نتایج پایان نامه ی شما برای آنها قابل استفاده باشد):**  1-  2-  3-  **توجه : با توجه به حمایت دانشگاه علوم پزشکی مجازی از پایان نامه های تحصیلی کاربردی که در راستای حل مشکلات نظام سلامت تدوین می شوند، فرم زیر را پر نمایید. تکمیل این بخش از فرم اختیاری ست.** | | | |
| **گواهی مراکزی که کاربرد پایان نامه ی شما را در حوزه خود تایید می کنند:**  **بدین وسیله تایید می شود که نتایج تحقیق با عنوان .............**  **برای این مرکز مفید و قابل استفاده است**  **نام، سمت و امضای مسئول یا مرکز:** | | | |
| تاریخ تنظیم : . امضا دانشجو: | | | |
| **اعلام نظر و اقدامات شورای پژوهشی گروه:**  ** عنوان پیشنهادی دانشجو به همان صورت / با اصلاحات به صورت............................................................................................... .... تأیید شد**  ** عنوان پیشنهادی دانشجو به دلیل ....................................................................................................................................................... تأیید نشد**  **امضاء مدیر گروه** | | | |