|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| f Medical Science | Tabriz university of Medical  Science Faculty of Pharmacy | **درخواست موضوع پایان نامه**  **دکترای تخصصی** | **دانشگاه علوم پزشکی تبریز**  دانشکده داروسازی |
| ثبت موضوع پایان نامه خانم / آقای .......................................... به شماره دانشجویی .................................. از تاریخ .............................. از نظر اداره تحصیلات تکمیلی بلامانع است.  تاریخ مهر و امضای اداره تحصیلات تکمیلی | | | |
| استاد محترم سرکار خانم / جناب آقای دکتر ........................  احتراما" اینجانب ...................................... دانشجوی دکترای تخصصی گروه ....................... درخواست گذراندن واحد پایان نامه خود تحت راهنمایی سرکار عالی / جنابعالی را دارم .  تاریخ امضای دانشجو | | | |
| مدیر محترم گروه آموزشی ............................  بدینوسیله موافقت خود را با راهنمایی خانم / آقای ....................................... برای انجام پایان نامه تحت عنوان .................................................................................  ................................................................ اعلام می نمایم .  تاریخ امضای استاد راهنمای اول  **سایر اساتید راهنما و مشاور**  **راهنما مشاور**  نام و نام خانوادگی امضاء نام و نام خانوادگی امضاء | | | |
| سهمیه پایان نامه اساتید راهنما برای سال جاری به شرح ذیل است :   1. سرکار خانم / جناب آقای دکتر ........................... 2. سرکار خانم / جناب آقای دکتر ..................................   مهر و امضای اداره پایاننامه | | | |
| این پایان نامه در تاریخ .................................. در جلسه شورای گروه ............................................. مطرح و به تصویب رسید.    تاریخ امضا مدیر گروه | | | |
| این پایان نامه در جلسه مورخ ........................................ شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده مطرح و تحت شماره .......................................... مورد تصویب قرار گرفت .  تاریخ امضای معاون تحقیقات و فناوری دانشکده | | | |