



دانشکده پزشکی

شماره:
تاریخ:
پست:

فرم شماره ۲۹ - بانک اطلاعات چکیده پایان نامه ها

نام و نام خانوادگی دانشجو:	
شماره دانشجویی:	
تاریخ دفاع پایان نامه:	
گروه تحصیلی: پزشکی <input type="checkbox"/>	پرستاری <input type="checkbox"/>
رشته تحصیلی:	بهداشت <input type="checkbox"/>
پیراپزشکی <input type="checkbox"/>	نمره پایان نامه:
گرایش:	
چکیده پایان نامه: شامل خلاصه، اهداف، روشهای اجرایی و نتایج بدست آمده (حداقل در ۱۰ سطر)	
مدیر پژوهشی دانشکده امضاء	استاد راهنما امضاء