فرم ارزیابی پایان نامه کارشناسی ارشد داور

مدیر محترم کارگروه بیوتکنولوژی پزشکی

**با سلام**

 **احتراماً در خصوص داوری پایان نامه کارشناسی ارشد دانشجو ------------ ورودی سال ------ با شماره دانشجویی ------------ باعنوان: ----------------------------------------------------------------------------**

**اعلام میدارم که:**

 **□محتوای علمی پایان نامه در حد مطلوب بوده و به همین شکل قابل دفاع می باشد.**

**□ ضمن تائید محتوای کلی پایان نامه، لازمست اصلاحات علمی ذیل قبل از برگزاری جلسه دفاع صورت پذیرد و مجدداً به تائید اینجانب برسد.**

**□ موضوع پایان نامه در تخصص اینجانب نمی باشد.**

**□ پایان نامه در حد مطلوب و قابل دفاع نمی باشد.**

**توضیحات:**

**شاهرود- ميدان هقت تير-ساختمان مركزي دانشگاه علوم پزشكي وخدمات بهداشتي درماني شاهرود- معاونت آموزشي - کدپستي 3613773955 –**

**تلفن : 32395054 023-دورنگار 32394800**

**Shahrood University of Medical Sciences- 7 Tir SQ,shahrood,IR .IRAN -P Code: 3613773955**

**WWW.shmu.ac.ir- E.mail:edu@shmu.ac.ir**

 نام و نام خانوادگی داور

 تاریخ و امضاء

**شاهرود- ميدان هقت تير-ساختمان مركزي دانشگاه علوم پزشكي وخدمات بهداشتي درماني شاهرود- معاونت آموزشي - کدپستي 3613773955 –**

**تلفن : 32395054 023-دورنگار 32394800**

**Shahrood University of Medical Sciences- 7 Tir SQ,shahrood,IR .IRAN -P Code: 3613773955**

**WWW.shmu.ac.ir- E.mail:edu@shmu.ac.ir**

**شاهرود- ميدان هقت تير-ساختمان مركزي دانشگاه علوم پزشكي وخدمات بهداشتي درماني شاهرود- معاونت آموزشي - کدپستي 3613773955 –**

**تلفن : 32395054 023-دورنگار 32394800**

**Shahrood University of Medical Sciences- 7 Tir SQ,shahrood,IR .IRAN -P Code: 3613773955**

**WWW.shmu.ac.ir- E.mail:edu@shmu.ac.ir**

**شاهرود- ميدان هقت تير-ساختمان مركزي دانشگاه علوم پزشكي وخدمات بهداشتي درماني شاهرود- معاونت آموزشي - کدپستي 3613773955 –**

**تلفن : 32395054 023-دورنگار 32394800**

**Shahrood University of Medical Sciences- 7 Tir SQ,shahrood,IR .IRAN -P Code: 3613773955**

**WWW.shmu.ac.ir- E.mail:edu@shmu.ac.ir**

فرم ارزیابی مدیریت پژوهش پایان نامه کارشناسی ارشد

مدیر محترم کارگروه بیوتکنولوژی پزشکی

با سلام و احترام

بدین وسیله امتیازات مدیریت پژوهش مربوط به خانم کبری فروغی گرویدانشجوی کارشناسی ارشد رشته بیوتکنولوژی پزشکی به شماره دانشجویی **--------** بر اساس جدول ذیل اعلام می شود. خواهشمند است جمع نمره ستون امتیاز کسب شده را در بند 10 فرم ارزیابی دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد نامبرده منظور فرمائید.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ردیف | معیار | حداکثر امتیاز | امتیاز کسب شده |
| 1 | **تعداد و زمان ارائه گزارش سه ماهه** | 25/0 |  |
| 2 | **ارزیابی استاد راهنما از گزارش های سه ماهه** | 25/0 |  |
| 3 | **گزارش شفاهی** | 25/0 |  |
| 4 | **دفاع به موقع پایان نامه \*** | 25/0 |  |
| جمع | 1 |  |

\* : تا پایان ترم ششم بر اساس گواهی صادره از آموزش دانشکده و دفاع به موقع یک امتیاز کامل داشته و در صورت تاخیر از این زمان بسته به میزان تاخیر از سقف یک نمره کاسته خواهد شد.

معاونت پژوهشی دانشکده پزشکی: تاریخ و امضاء

فرم ارزیابی از پایان نامه کارشناسی ارشد

همکار محترم جناب آقای/سرکار خانم دکتر -----------

عضو محترم هیئت داوران جلسه دفاعیه پایان نامه کارشناسی ارشد ------------------- دانشجوی رشته بیوتکنولوژی پزشکی ورودی------------، خواهشمند است بر مبنای جدول ذیل نظر خود را اعلام فرمائید:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | عنوان | حداکثر امتیاز | نمره پیشنهادی | ملاحظات |
| 1 | نحوه تنظیم و نگارش مطالب | **5/2** |  |  |
| 2 | محتوای پژوهشی و نوآوری پایان نامه | **5/3** |  |  |
| 3 | کیفیت و کمیت استفاده از منابع و به روز بودن آنها | **2** |  |  |
| 4 | چگونگی تحلیل مطالب و نتیجه گیری با توجه به اهداف اولیه طرح | **5/2** |  |  |
| 5 | به کارگیری مناسب جداول، نمودارها و شکل ها برای تشریح مطالب | **1** |  |  |
| 6 | ارائه نظرات و پیشنهادات جدید | **1** |  |  |
| 7 | مقایسه علمی نتایج با یافته های دیگران | **1** |  |  |
| 8 | چگونگی ارائه پایان نامه در جلسه دفاعیه | **2** |  |  |
| 9 | توانایی دانشجو در پاسخگویی به پرسش ها | **5/1** |  |  |
| 10 | ارزیابی مدیریت پژوهش پایان نامه \* | **1** |  |  |
| 11 | دستاوردهای پژوهشی مستخرج از پایان نامه | **2** |  |  |
| نمره پایان نامه | **20** |  |  |

\* ارزیابی مربوطه توسط معاونت و یا مدیر پژوهشی دانشکده پزشکی و طبق فرم شماره یک (1) انجام خواهد شد.

نقایص احتمالی پایان نامه:

نام و نام خانوادگی: سمت: تاریخ و امضاء

فرم ارزیابی از پایان نامه کارشناسی ارشد

همکار محترم جناب آقای/سرکار خانم دکتر -----------

عضو محترم هیئت داوران جلسه دفاعیه پایان نامه کارشناسی ارشد ------------------- دانشجوی رشته بیوتکنولوژی پزشکی ورودی------------، خواهشمند است بر مبنای جدول ذیل نظر خود را اعلام فرمائید:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | عنوان | حداکثر امتیاز | نمره پیشنهادی | ملاحظات |
| 1 | نحوه تنظیم و نگارش مطالب | **5/2** |  |  |
| 2 | محتوای پژوهشی و نوآوری پایان نامه | **5/3** |  |  |
| 3 | کیفیت و کمیت استفاده از منابع و به روز بودن آنها | **2** |  |  |
| 4 | چگونگی تحلیل مطالب و نتیجه گیری با توجه به اهداف اولیه طرح | **5/2** |  |  |
| 5 | به کارگیری مناسب جداول، نمودارها و شکل ها برای تشریح مطالب | **1** |  |  |
| 6 | ارائه نظرات و پیشنهادات جدید | **1** |  |  |
| 7 | مقایسه علمی نتایج با یافته های دیگران | **1** |  |  |
| 8 | چگونگی ارائه پایان نامه در جلسه دفاعیه | **2** |  |  |
| 9 | توانایی دانشجو در پاسخگویی به پرسش ها | **5/1** |  |  |
| 10 | ارزیابی مدیریت پژوهش پایان نامه \* | **1** |  |  |
| 11 | دستاوردهای پژوهشی مستخرج از پایان نامه | **2** |  |  |
| نمره پایان نامه | **20** |  |  |

\* ارزیابی مربوطه توسط معاونت و یا مدیر پژوهشی دانشکده پزشکی و طبق فرم شماره یک (1) انجام خواهد شد.

نقایص احتمالی پایان نامه:

نام و نام خانوادگی: سمت: تاریخ و امضاء

صورت جلسه دفاع

ریاست محترم دانشکده پزشکی

**با سلام و احترام**

 **با تائیدات خداوند متعال جلسه دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد خانم/آقای ------------ دانشجوی کارشناسی ارشد رشته بیوتکنولوژی پزشکی تحت عنوان****" -----------------------------------------------" با حضور اساتید راهنما و مشاور و هیئت داوران در تاریخ----------- در محل دانشکده پزشکی تشکیل و پایان نامه فوق پس از دفاع مورد تصویب قرار گرفت.**

**نامبرده نمره نهایی ........................... را با / بدون احتساب نمره مقاله دریافت نمود.**

**نام و نام خانوادگی استاد داور: ---------- تاریخ و امضاء**

**نام و نام خانوادگی استاد داور: ---------- تاریخ و امضاء**

**نام و نام خانوادگی استاد راهنما: ---------- تاریخ و امضاء**

**نام و نام خانوادگی استاد مشاور: ---------- تاریخ و امضاء**

**مدیر کارگروه بیوتکنولوژی پزشکی : ---------- تاریخ و امضاء**

**معاون / نماینده آموزش دانشکده : ---------- تاریخ و امضاء**

**معاون / نماینده پژوهش دانشکده : ---------- تاریخ و امضاء**

 دکتر حسین خواستار

 معاونت پژوهشی دانشکده پزشکی

فرم درخواست تعیین زمان دفاع از پایان نامه

ریاست محترم دانشکده پزشکی

با سلام

احتراماً خواهشمند است با توجه به اتمام مراحل انجام پایان نامه اینجانب .................................. دستور فرمائید تاریخ و زمان جلسه دفاع از پایان نامه اینجانب تعیین و اعلام گردد. در ضمن تائیدات اساتید محترم راهنما و مشاور نیز ضمیمه می باشد.

نام و نام خانوادگی دانشجو: تاریخ: امضاء

نام و نام خانوادگی استاد راهنما: امضاء

نام و نام خانوادگی استاد مشاور : امضاء

نام و نام خانوادگی استاد مشاور : امضاء

کد کارآزمایی بالینی (در صورت نیاز) :

تائید می گردد پایان نامه فوق با کد پژوهشی مورخ در سامانه پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود به ثبت رسیده است.

 نام و نام خانوادگی کارشناس پژوهشی امضاء

فرم گواهی تحویل پایان نامه به اساتید و واحدهای ذیربط

ریاست محترم دانشکده پزشکی

با سلام

احتراماً خواهشمند است با توجه به اتمام مراحل تحویل پایان نامه اینجانب .............................. به اساتید و واحدهای ذیل و تائید آنها، دستور فرمائید نسبت به ثبت نمره پایان نامه اینجانب اقدامات لازم صورت پذیرد.

نام و نام خانوادگی دانشجو: تاریخ: امضاء

|  |
| --- |
|  |

ریاست محترم دانشکده پزشکی

با سلام

احتراماً گواهی می‎شود یک جلد پایان نامه به انضمام یک عدد CD از دانشجو خانم/آقای .......................................... تحویل گرفته شد.

نام و نام خانوادگی استاد راهنما : امضاء و تاریخ

نام و نام خانوادگی استاد مشاور: امضاء و تاریخ

نام و نام خانوادگی مدیر کارگروه: امضاء و تاریخ

نام و نام خانوادگی تحویل گیرنده معاونت پژوهشی : امضاء و تاریخ

نام و نام خانوادگی تحویل گیرنده کتابخانه مرکزی : امضاء و تاریخ