



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:		ورودی ماه و سال:	
کد ملی:		شماره دانشجویی:	
نام پدر:		تلفن:	
نوع تحقیق: <input type="checkbox"/> بنیادی <input type="checkbox"/> کاربردی <input type="checkbox"/> HSR		موضوع:	
مشخصات دانشجو		پایان نامه	
عنوان	نام و نام خانوادگی	رتبه علمی	تخصص
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:

- ☐ استاد راهنمای معرفی شده سهمیه اخذ این پایان نامه را دارد.
☐ 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:

thesis.research.ac.ir
ppc.research.ac.ir
rpis.research.ac.ir
idml.research.ac.ir

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.

☐ 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:

☐ رد پروپوزال ☐ بررسی مجدد پس از رفع اشکالات ☐ تصویب نهایی