



اداره کل امور آموزش و تحصیلات تکمیلی

شماره:

تاریخ:

پست:

فرم شماره ۱۵- 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"/>	بهداشت <input type="checkbox"/>
رشته تحصیلی:	گرایش:	نمره پایان نامه:
عنوان پایان نامه:		
چکیده پایان نامه: شامل خلاصه، اهداف، روش های اجرایی و نتایج بدست آمده (حداقل در ۱۰ اسطر).		
استاد راهنما	مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده	مسئول تحصیلات تکمیلی دانشگاه
امضاء	امضاء	امضاء