



اداره کل امور آموزش و
تحصیلات تکمیلی

شماره:.....
شماره:.....
تاریخ:.....
پست:.....

فرم شماره ۲۹ - بانک اطلاعات چکیده پایان نامه ها

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