



فرم پیشنهاد عنوان

تاریخ تحویل:

نام و نام خانوادگی	شماره دانشجویی	مقطع و رشته	امضاء دانشجو
ایمیل:		شماره تماس:	

مشخصات اساتید راهنما و مشاور	نام و نام خانوادگی	رتبه دانشگاهی	محل خدمت	امضا و تاریخ
استاد راهنمای اصلی				
استاد راهنمای دوم (در صورت نیاز)				
استاد مشاور اول				
استاد مشاور دوم				
استاد مشاور سوم (در صورت نیاز)				

نوع طرح:	<input type="checkbox"/> بنیادی	<input type="checkbox"/> کاربردی	<input type="checkbox"/> توسعه ای	<input type="checkbox"/> نظام سلامت
----------	---------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

عنوان:

بیان مساله:

اهمیت و ضرورت انجام پژوهش:

کاربرد نتایج پژوهش:

اهداف پژوهش:

مختصری از روش تحقیق:

تاریخ تصویب :

امضا مدیر گروه: