

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی آذربایجان غربی**

**دانشکده پیراپزشکی**

**دریافت مجوز برای دفاع نهایی از پایان‏نامه کارشناسی ارشد/دکتری تخصصی**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. معاونت محترم پژوهشی دانشگاه   بدین­وسیله اعلام می‏دارد پایان­نامه آقای/خانم ................................................. دانشجوی مقطع ................................................. رشته ................................................. به شماره دانشجویی ................................................. واحد پردیس خودگردان/روزانه تحت عنوان .............................................................................................................................................................................................................................................................. که در تاریخ ........./........./......... در شورای پژوهشی دانشگاه به تصویب رسیده است، آماده دفاع است، خواهشمند است اقدامات لازم را مبذول فرمایید.  امضاء استاد راهنما | |
| 1. دانشجو آقای / خانم ................................................. دانشجوی واحد پردیش خودگردان / روزانه کلیه دروس خود را با موفقیت به اتمام رسانده، لذا برگزاری جلسه دفاع نهایی از پایان­نامه، از نظر آموزش مطابق با آئین­نامه و بخشنامه­های آموزشی بلامانع است.   کارشناس تحصیلی تکمیلی دانشکده پیراپزشکی | |
| 1. اینجانب آقای / خانم دکتر ............................................... متعهد می‏شوم مقاله مستخرج از پایان­نامه را در ............................................ حداکثر تا یکسال پس از تاریخ دفاع نهایی از پایان­نامه به چاپ برسانم.   امضاء استاد راهنما | |
| 1. بدینوسیله ارسال پایان‏نامه (Word, PDF) در سامانه پژوهشیار تائید می‏گردد.   کارشناس سامانه پژوهشیار | |
| **مراجعه به ستاد** | 1. بدین­وسیله تصویب پروپوزال پایان­نامه فوق در شورای پژوهشی دانشگاه در تاریخ ......./......./........ با شرط چپ یا قبولی .......... مقاله در ........................ حداکثر تا یکسال پس از تاریخ دفاع نهایی تائید می‏گردد.   امضا کارشناس مسئول امور پژوهشی دانشگاه |
| 1. مقاله مستخرج از پایان­نامه در مجلات:   🞏 الف) چاپ/پذیرش مقاله مستخرج از پایان­نامه در مجلات نمایه شده در WOS: ISI، Medline، Pubmed و Scopus مورد تائید است.  🞏 ب) چاپ/پذیرش مقاله مستخرج از پایان­نامه در مجلات علمی پژوهشی معتبر (به غیر از موارد بند الف) مورد تائید است.  🞏 ج) ارسال مقاله (submission) برای مجلات علمی پژوهشی داخل یا خارج مورد تائید است.  امضاء کارشناس مسئول اعتباربخشی و ارزشیابی دانشگاه معاونت پژوهشی دانشکده پیراپزشکی |
| 1. احتراما با توجه به اینکه جلسه دفاعیه نهایی پایان‏نامه آقای / خانم ........................................ در تاریخ ......./......./.......... راس ساعت ........... برگزار می‏گردد. با عنایت به انتخاب جانبعالی به عنوان استاد داور / استاد مشاور خواهشمند است در صورت امکان آمادگی خود را جهت حضور در جلسه فوق­الذکر اعلام فرمایید.   کارشناس پژوهشی دانشکده پیراپزشکی  امضاء   1. نام و نام­خانوادگی داور پیشنهادی مدیر گروه ......................................... یک نسخه از پایان­نامه را دریافت نمودم. امضاء 2. نام و نام­خانوادگی استاد داور........................................................................ یک نسخه از پایان­نامه را دریافت نمودم. امضاء 3. نام و نام­خانوادگی استاد داور ...................................................................... یک نسخه از پایان­نامه را دریافت نمودم. امضاء 4. نام و نام­خانوادگی استاد راهنما ................................................................. یک نسخه از پایان­نامه را دریافت نمودم. امضاء 5. نام و نام­خانوادگی استاد راهنما ................................................................. یک نسخه از پایان­نامه را دریافت نمودم. امضاء 6. نام و نام­خانوادگی استاد مشاور ................................................................. یک نسخه از پایان­نامه را دریافت نمودم. امضاء 7. نام و نام­خانوادگی استاد مشاور ................................................................. یک نسخه از پایان­نامه را دریافت نمودم. امضاء 8. نام و نام­خانوادگی رئیس جلسه.................................................................. یک نسخه از پایان­نامه را دریافت نمودم. امضاء | |
| 1. برگزاری دفاعیه فوق در کلاس /سالن .................................................................. مرکز آموزشی درمانی / دانشکده ................................. بلامانع است.   امضاء کارشناس مرکز آموزشی درمانی/ دانشکده | |