دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
دانشکده پزشکی

شماره: .....
تاریخ: .....

فرم درخواست دانشجو

نام و نام خانوادگی دانشجو	مقطع تحصیلی	سال ورود	شماره دانشجویی	شماره تماس

درخواست تغییر عنوان / استاد راهنما و مشاور

عنوان اول:.....

.....

عنوان جدید: .....

.....

استاد/ اساتید راهنما: ..... **استاد راهنمای جدید:** .....

استاد/ اساتید مشاور: ..... **استاد مشاور جدید:** .....

امضای استاد/ اساتید راهنما و مشاور

درخواست دفاع زودتر از بازه زمانی یک سال

عنوان پایان نامه:.....

.....

تاریخ اخذ کد اخلاق: .....

توضیحات دانشجو: