

شماره:
تاریخ:



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

دانشکده پزشکی

فرم (۳) تأیید نگارش پایان نامه

نام و نام خانوادگی دانشجو/دستیار تخصصی:
عنوان پایان نامه:
استاد/ استادید راهنما:
استاد/ استادید مشاور:

<input type="checkbox"/> چکیده به زبان فارسی
<input type="checkbox"/> چکیده به زبان انگلیسی
<input type="checkbox"/> مقدمه
<input type="checkbox"/> بررسی متون
<input type="checkbox"/> روش کار
<input type="checkbox"/> نوع پژوهش
<input type="checkbox"/> محیط و مواد پژوهش
<input type="checkbox"/> حجم نمونه و روش نمونه‌گیری
<input type="checkbox"/> روش جمع‌آوری اطلاعات
<input type="checkbox"/> روش تجزیه و تحلیل داده‌ها
<input type="checkbox"/> انواع آزمون‌های آماری و مراحل انجام کار
<input type="checkbox"/> نتایج
<input type="checkbox"/> بحث و نتیجه‌گیری
<input type="checkbox"/> مراجع
<input type="checkbox"/> توضیحات

تاریخ و امضاء

نام و نام خانوادگی استاد/ استادید راهنما

تاریخ و امضاء

نام و نام خانوادگی دبیر شورای پایان نامه دانشکده پزشکی