



دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آبادان

معاونت پژوهشی دانشکده پزشکی

فرم اطلاعات پروپوزال

نام و نام خانوادگی دانشجو:

شماره دانشجویی:

مقطع - رشته تحصیلی - گروه:

هزینه: ریال

اساتید راهنما:

اساتید مشاور:

همکار:

مشاور آماری:

تاریخ ورود به معاونت پژوهشی دانشکده:

تاریخ تصویب در گروه:

عنوان پایان نامه:

.....

.....

شماره تلفن:

تعداد نمونه:

توضیحات: