|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| كد مدرك و شماره بازنگري:  **AE-FR-089/00** | فرم مخصوص استاد راهنمای مشترک | دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي‌،درماني تهران  دانشكده پرستاري ومامايي |

بسمه تعالی

همکار ارجمند : سرکار خانم / جناب آقای : ......................................................................

بدینوسیله از جنابعالی /سرکار عالی دعوت می گردد راهنمایی مشترک پایان نامه آقا/ خانم .......................................... دوره ..................... به شماره دانشجویی ........................................ و با عنوان : ............................................................. ............................................................................................................................................................ دانشجوی دکترای پرستاری / بهداشت باروری را تقبل فرمایید.

میزان واحد استاد راهنمای دوم : .................... (درج میزان واحد برای اساتید داخلی الزامی است)

با تشکر

تاریخ و امضاء استاد راهنما اول

بدینوسیله اینجانب : .........................................

رشته اصلی تحصیلی: ....................................... درجه دانشگاهی :

دانشگاه یا موسسه عالی محل تحقیق یا تدریس :

موافقت خود را به عنوان استاد راهنمای دوم پایان نامه ، خانم / آقای ........................................................................ دانشجوی دکتری پرستاری / بهداشت باروری اعلام میدارم.

علائق پژوهشی:

1. .......................................................................................................................
2. .......................................................................................................................
3. ....................................................................................................................... تاریخ و امضاء
4. ....................................................................................................................... استاد راهنمای مشترک
5. .........................................................................................................

نظر گروه :

در خواست استاد راهنمایی سرکار خانم / آقای ............................... در جلسه مورخ ............... گروه مطرح ومورد موافقت قرار گرفت. (ضمنا صورت جلسه پیوست است)

امضاء مدیر گروه

نظر شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده:

در جلسه شماره ....................... مورخ ............................... مطرح گردید و مورد موافقت قرار گرفت / نگرفت .

امضاء سرپرست امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی

* یادآور می شود تکمیل تمام قسمتهای مشخص شده الزامی و در صورت عدم تکمیل کامل فرم از پذیرفتن آن معذوریم.