**بسمه تعالی**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| كد مدرك و شماره بازنگري:  **AE-FR-085 /01** | **فرم انصراف از استاد راهنمایی و استاد مشاور** | دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي‌،درماني تهران  دانشكده پرستاري ومامايي |

سرپرست محترم امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی:

**باسلام واحترام**

اينجانب......................................... استاد راهنما / مشاور ، خانم / آقای .................................. دانشجوی کارشناسی ارشد / دکترای بنا به دلایل ذیل انصراف خود را از ادامه راهنمایی / مشاوره نامبرده اعلام می دارم و هیچ ادعایی بر مالکیت حقوق مادی و معنوی این پایان نامه بر اینجانب مترتب نمی باشد.

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ .

**شماره تماس:**

**تاریخ و امضاء استاد:**



**این قسمت توسط مدیر گروه تایید می گردد : (همراه با صورت جلسه)**

**درخواست فوق بنا به دلایل بالا و مطرح شده در شورای پژوهشی گروه مور موافقت قرار ...................................... .**

**تاریخ و امضاء مدیر گروه:**



* **این قسمت توسط تحصیلات تکمیلی تکمیلی گردد.**

**درخواست فوق در جلسه مورخ ( / / ) مطرح شد و مورد موافقت قرار ............................................................. .**

امضاء سرپرست امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی