|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| كد مدرك و شماره بازنگري: **AE-FR-089/01** | **فرم گزارشات شش ماهه اساتید راهنما**(دکترا / ارشد) | دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي‌،درماني تهراندانشكده پرستاري ومامايي  |

دفتر تحصیلات تکمیلی

|  |  |
| --- | --- |
| .نام و نام خانوادگی دانشجو:  | تاریخ دفاع از پروپوزال: |
| عنوان مصوب در تحصیلات تکمیلی:   | چندمین گزارش شش ماهه ماه : مقطع: |
| استاد راهنما:  | استاد مشاور:  |

گزارش طبق جدول گانت به شرح ذیل می باشد: (توسط استاد راهنما تکمیل گردد)

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| كد مدرك و شماره بازنگري: **AE-FR-089/01** | **فرم گزارشات شش ماهه اساتید راهنما**(دکترا / ارشد) | دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي‌،درماني تهراندانشكده پرستاري ومامايي  |

|  |
| --- |
| ادامه: |

نام و نام خانودگی و امضاء تیم تحقیق:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| استاد راهنمای اول: | امضاء | استاد راهنمای دوم: | امضاء |
| استاد مشاور: | امضاء: | استاد مشاور: | امضاء |

**مسئولیت عدم ارسال گزارش مذکور و صحت امضای افراد مترتب بر عهده دانشجوی مربوطه خواهد بود و در موارد خاص پیگرد قانونی دارد.**

* **موارد فوق مورد تائید اینجانب (مدیر گروه مربوطه) ................... می باشد.**

**امضاء مدیر گروه مربوطه**