

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان

دانشکده پرستاری و مامایی بویه گرگان

فرم انتخاب استاد راهنما و مشاور رساله ی کارشناسی ارشد

نام و نام خانوادگی دانشجو:

رشته تحصیلی:

استاد راهنمای انتخابی:

تاریخ:

امضاء دانشجو:

اظهار نظر استاد راهنمای انتخابی:

با تقاضای دانشجو موافقت می شود. بلی خیر

اعلام استاد مشاور انتخابی:

تاریخ و امضاء استاد راهنما:

اظهار نظر اساتید مشاور انتخابی:

استاد مشاور اول : موافقت می شود. بلی خیر

استاد مشاور دوم : موافقت می شود. بلی خیر

استاد مشاور سوم : موافقت می شود. بلی خیر

امضاء استاد مشاور:

اظهار نظر شورای تحصیلات تکمیلی:

امضاء معاون پژوهشی دانشکده :