فرم الف

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

دانشکده علوم توانبخشی

درخواست انتخاب استاد راهنمای آموزشی دانشجویان مقطع دکترای تخصصی

|  |
| --- |
| 1- اطلاعات مربوط به دانشجو:  نام و نام خانوادگی: رشته تحصیلی: شماره دانشجویی:  آدرس:  آدرس الکترونیکی:  تلفن: امضاء دانشجو: |
| 2- اطلاعات مربوط به استاد راهنما ی اول:  نام نام خانوادگی: گروه آموزشی: تعداد پایان نامه کارشناسی ارشد تحت راهنمایی: آخرین مدرک تحصیلی: مرتبه علمی:  آدرس الکترونیکی:  آدرس دانشگاهی:  تلفن: امضاء استاد راهنما: |
| 3- اطلاعات مربوط به استاد راهنمای دوم:  نام نام خانوادگی: گروه آموزشی: تعداد پایان نامه کارشناسی ارشد تحت راهنمایی: آخرین مدرک تحصیلی: مرتبه علمی:  آدرس الکترونیکی:  آدرس دانشگاهی:  تلفن: امضاء استاد راهنما: |
| 4- گروه مربوطه:  مصوبه شورای گروه: امضاء مدیر گروه: |
| 5- شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده:  تاریخ تصویب: مهر و امضاء: |

فرم ب

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

دانشکده علوم توانبخشی

درخواست انتخاب استاد راهنمای پژوهشی دانشجویان مقطع دکترای تخصصی

|  |
| --- |
| 1- اطلاعات مربوط به دانشجو:  نام و نام خانوادگی: رشته تحصیلی: شماره دانشجویی:  آدرس:  آدرس الکترونیکی:  تلفن: امضاء دانشجو: |
| 2- اطلاعات مربوط به استاد راهنما ی اول:  نام نام خانوادگی: گروه آموزشی: تعداد پایان نامه کارشناسی ارشد تحت راهنمایی: آخرین مدرک تحصیلی: مرتبه علمی:  آدرس الکترونیکی:  آدرس دانشگاهی:  تلفن: امضاء استاد راهنما: |
| 3- اطلاعات مربوط به استاد راهنمای دوم:  نام نام خانوادگی: گروه آموزشی: تعداد پایان نامه کارشناسی ارشد تحت راهنمایی: آخرین مدرک تحصیلی: مرتبه علمی:  آدرس الکترونیکی:  آدرس دانشگاهی:  تلفن: امضاء استاد راهنما: |
| 4- گروه مربوطه:  مصوبه شورای گروه: امضاء مدیر گروه: |
| 5- شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده:  تاریخ تصویب: مهر و امضاء: |