



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل

معاونت تحقیقات و فن آوری
دانشکده دندانپزشکی

بسمه تعالی

پیوست:

تاریخ:

فرم ارائه و تایید عنوان پایان نامه دکتری دندانپزشکی
فرم شماره ۱

نام دانشجو:

نام استاد / اساتید راهنما:

نام استاد / اساتید مشاور:

عنوان پایان نامه فارسی:

عنوان پایان نامه انگلیسی:

ضرورت انجام پژوهشی:

هدف کلی:

هدف اختصاصی:

اهداف کاربردی:

خلاصه روش اجرا:

عنوان سه مقاله مرتبط:

۱-

۲-

۳-

عنوان پیشنهادی مورد تأیید میباشد: بلی خیر

معاون پژوهشی دانشکده:

امضاء

استاد/اساتید راهنما:

امضاء

معاون آموزشی دانشکده:

امضاء

استاد/اساتید مشاور:

امضاء