



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:

شماره دانشجویی:

ورودی:

نام استاد / اساتید راهنما:

نام استاد / اساتید مشاور:

عنوان پایان نامه فارسی:

عنوان پایان نامه انگلیسی:

ضرورت انجام پژوهشی:

هدف کلی:

هدف / اهداف اختصاصی:

اهداف کاربردی:

خلاصه روش اجرا:

رفرنس دهی سه مقاله مرتبط:

۱-

۲-

۳-

عنوان پیشنهادی مورد تأیید میباشد: بلی خیر

تاریخ تصویب در شورای پژوهشی:



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل
معاونت تحقیقات و فن آوری
دانشکده دندانپزشکی

بسمه تعالی

پیوست:

تاریخ:

معاون پژوهشی دانشکده:

امضاء

استاد/اساتید راهنما:

امضاء

معاون آموزشی دانشکده:

امضاء

استاد/اساتید مشاور:

امضاء

***بر اساس مصوبه ی شورای پژوهشی دانشکده دندانپزشکی در سال ۱۳۹۹، انتخاب مطالعات توصیفی -
تحلیلی و پرسشنامه ای برای پایان نامه توسط دانشجویان دندانپزشکی مشروط بر مقاله کردن پایان نامه و
اکسپت مقاله از ژورنال حداقل با ایندکس علمی - پژوهشی مرتبط به وزارت بهداشت قبل از دفاع نهایی
پایان نامه می باشد