

تاریخ:

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان لرستان
دانشکده دندانپزشکی

فرم تایید پروپوزال جهت طرح در شورای پژوهشی

مدیریت محترم امور پژوهشی دانشکده دندانپزشکی

باسلام

بدینوسیله به اطلاع می‌رساند پروپوزال / طرح تحقیقاتی دانشجو..... به راهنمایی.....

با عنوان

مورد تایید می‌باشد.

تاریخ و امضا

تایید آموزش دانشکده

تاریخ و امضا

تایید استادراهنما

تاریخ و امضا

تایید مشاور آمار