



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان

فرم تعیین استاد راهنمای رساله دکتری پرستاری

دانشکده پرستاری و مایانی

تحصیلات تکمیلی

استاد گرامی جناب آقای / سرکار خانم.....

بدینوسیله از جنابعالی درخواست می شود موافقت خود را با پذیرش مسوولیت استاد راهنمایی رساله دوره دکتری پرستاری اینجانب
دانشجوی رشته مقطع ورودی سال با عنوان

اعلام فرمائید.

نام و نام خانوادگی دانشجو

امضاء و تاریخ

مدیر محترم تحصیلات تکمیلی

بدینوسیله موافقت خود را با درخواست آقای / خانم جهت پذیرش مسوولیت استاد راهنمایی رساله نامبرده با موضوع فوق الذکر اعلام می دارم. ضمناً با توجه به زمینه کار پژوهشی دانشجو، جناب آقای / سرکار خانم..... به عنوان استاد راهنمای دوم معرفی می گردند.

نام و نام خانوادگی استاد راهنمای دوم

امضاء و تاریخ

نام و نام خانوادگی استاد راهنما

امضاء و تاریخ

نظر تحصیلات تکمیلی:

درخواست استاد راهنما سرکار خانم / جناب آقای مورد موافقت قرار گرفت ☐ مورد موافقت قرار نگرفت ☐

دلایل عدم موافقت:

امضاء سرپرست تحصیلات تکمیلی

امضاء معاون آموزشی دانشکده

تاریخ: