

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی لرستان

فرم شماره ۱

درخواست تعیین استاد راهنما

نام و نام خانوادگی دانشجو:	شماره دانشجویی:
رشته:	

نام و نام خانوادگی استاد راهنما:	مرتبه علمی:
۱-	
۲-	
۳-	
۴-	

عناوین پیشنهادی:
۱-
۲-
۳-
۴-

نام و امضا دانشجو:	نام و امضا استاد راهنما:	نام و امضا مدیر گروه:	نام و امضا مدیر تحصیلات تکمیلی:
--------------------	--------------------------	-----------------------	---------------------------------

--	--	--	--

-
-
-