

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان**

**دانشکده بهداشت**

**فرم شماره27: تحویل نسخه های پایان نامه**

دانشجو خانم/ آقای................................................................. موظف است پس از دفاع، اصلاحات لازم را زیر نظر استاد راهنما و اساتید مشاور انجام دهد و نسخه های مورد نیاز را پس از امضای افراد ذکر شده و تایید معاون پژوهشی به مراکز زیر تحویل دهد:

نامبرده نمره .......................................... با امتیاز ...................................... دریافت نمود.

1. استاد راهنما:

نام و نام خانوادگی: در تاریخ نسخه تحویل اینجانب شد محل امضا:

1. استادان مشاور:

نام و نام خانوادگی: در تاریخ نسخه تحویل اینجانب شد محل امضا:

نام و نام خانوادگی: در تاریخ نسخه تحویل اینجانب شد محل امضا:

1. کتابخانه مرکزی دانشگاه\* :

نام و نام خانوادگی تحویل گیرنده(یک نسخه): در تاریخ: محل امضا:

1. کتابخانه تحصیلات تکمیلی :

نام و نام خانوادگی تحویل گیرنده(یک نسخه): در تاریخ: محل امضا:

1. کتابخانه دانشکده:

نام و نام خانوادگی تحویل گیرنده(یک نسخه): در تاریخ: محل امضا:

1. درصورت تصویب در مرکز تحقیقات(یک نسخه صحافی و یک نسخه cd):

نام و نام خانوادگی تحویل گیرنده(یک نسخه): در تاریخ: محل امضا:

\*ارایه دیسکت حاوی متن پایان نامه به واحد مربوط هنگام تسویه حساب از کتابخانه مرکزی الزامی می باشد.

\*توسط رییس کتابخانه مرکزی دریافت می گردد ومخصوص دانشجویان تحصیلات تکمیلی می باشد.