



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اراک
معاونت آموزش و تحقیقات
مدیریت امور تحقیقات

فرم تائید طرح تحقیقاتی جهت اخذ گواهینامه نوع دوم

عنوان طرح تحقیقاتی:

نام و نام خانوادگی مجری اصلی طرح:

تحصیلات مجری اصلی طرح:

واحد محل خدمت:

عنوان پست سازمانی:

سابقه خدمت:

تاریخ پیشنهاد طرح: .../.../۱۳

بدینوسیله گواهی می گردد پروپزال طرح تحقیقاتی :

..... به استناد صورتجلسه شماره:

تاریخ : در جلسه مورخ: به تصویب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی

و خدمات بهداشتی و درمانی اراک رسیده است .

مراحل اجرایی طرح تحقیقاتی براساس برنامه زمان بندی انجام شده و پس از تحقق در تاریخ

..... به تائید معاون آموزش و تحقیقات رسیده است.

معاون آموزش و تحقیقات

دکتر.....