**بسمه‌ تعالی**

  **شماره:**

**دانشگاه علوم پزشكی و خدمات تاریخ:**

**بهداشتی درمانی كرمانشاه پیوست:**

**دانشکده پرستاری و مامایی**

**فرم انتخاب استاد راهنما**

**استاد ارجمند: سرکار خانم/ جناب آقای ..........................**

خواهشمند است موافقت خود را به‌عنوان استاد راهنمای این‌جانب .................... دانشجوی رشته کارشناسی ارشد رشته ................ ورودی سال ................ اعلام فرمایید.

تاریخ و امضاء دانشجو:

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**نظر استاد راهنمای اول**

راهنمایی خانم / آقای .............. را می‌پذیرم. تاریخ و امضاء استاد راهنما

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**نظر استاد راهنمای دوم**

راهنمایی خانم / آقای............... را می‌پذیرم. تاریخ و امضاء استاد راهنما

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**به دین وسیله اعلام می‌دارد:**

**بدین‌وسیله اعلام می‌دارد درخواست فوق، در تاریخ در شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده بررسی و به شرح زیر تصمیم‌گیری شد.**

مورد موافقت قرار گرفت مورد موافقت قرار نگرفت

دلیل عدم موافقت: ...........................................................

مهر و امضاء مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده

**بسمه‌تعالی**

  **شماره:**

**دانشگاه علوم پزشكی و خدمات تاریخ:**

**بهداشتی درمانی كرمانشاه پیوست:**

**دانشکده پرستاری و مامایی**

**فرم دفاع از عنوان پایان‌نامه کارشناسی ارشد**

|  |
| --- |
| **عنوان پایان‌نامه:** |
| **نام دانشجو:** رشته: گروه: تاریخ پیشنهاد:  **نام و امضاء استاد راهنما:** |
| **بیان مسئله:** (ضرورت انجام پژوهش بین 10 تا 15 سطر) |
| **مروری بر متون:** (3 مورد خلاصه ) |
| **هدف/اهداف کلی:** |
| **اهداف ویژه**: |
| **هدف/اهداف کاربردی:** |
| **روش کار:** (ابزار، خلاصه روش اجرا) |

**بدین‌وسیله اعلام می‌دارد عنوان یادشده، در تاریخ در شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده بررسی و به شرح زیر تصمیم‌گیری شد.**

مورد تائید است نیاز به اصلاح و ارائه مجدد دارد  مورد تائید نیست 

مهر و امضا مسئول تحصیلات تکمیلی دانشکده

**بسمه‌تعالی**

  **شماره:**

**دانشگاه علوم پزشكی و خدمات تاریخ:**

**بهداشتی درمانی كرمانشاه پیوست:**

**دانشکده پرستاری و مامایی**

**«فرم انتخاب اساتید مشاور»**

**همکار ارجمند سرکار خانم/ جناب آقای ...........**

بدین‌وسیله از جنابعالی دعوت می‌گردد به‌عنوان مشاور علمی/آمار پایان‌نامه دانشجو ................................. رشته تحصیلی ........................ با عنوان «.........................................................................................»، قبول همکاری فرمایید.

دلایل توجیهی ( در صورت انتخاب استاد مشاور خارج از دانشکده): .....................................................................................................................................

با تشکر نام و نام خانوادگی استاد راهنما

امضا و تاریخ

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**سرکار خانم/ جناب آقای ...... استاد محترم راهنما دانشجو**

بدین‌وسیله این‌جانب ................ با درجه دانشگاهی .................. در رشته ...............از دانشگاه ................. موافقت خود را به‌عنوان استاد مشاور علمی پایان‌نامه دانشجوی مذکور، اعلام می‌دارم.

نام و نام خانوادگی

امضا و تاریخ

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**سرکار خانم/ جناب آقای ............ استاد محترم راهنمای دانشجو**

بدین‌وسیله این‌جانب ................ با درجه دانشگاهی .................. در رشته ...............از دانشگاه ................. موافقت خود را به‌عنوان مشاور آمار پایان‌نامه دانشجوی مذکور، اعلام می‌دارم.

نام و نام خانوادگی

امضا و تاریخ

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**مدیر محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده پرستاری و مامایی**

موارد جهت استحضار و هرگونه اقدام قانونی به حضور ارسال می‌گردد.

با تشکر نام و نام خانوادگی استاد راهنما

امضا و تاریخ

**بسمه‌تعالی**

  **شماره:**

**دانشگاه علوم پزشكی و خدمات تاریخ:**

**بهداشتی درمانی كرمانشاه پیوست:**

**دانشکده پرستاری و مامایی**

**« فرم تأیید آماده بودن پایان‌نامه جهت دفاع نهایی»**

**مدیر محترم گروه ..............................**

با احترام، پایان‌نامه سرکار خانم/ جناب آقای ...................... دانشجوی کارشناسی ارشد رشته ........................ با عنوان: «.................................................................................................................................» جهت انجام دفاع نهایی تقدیم می‌گردد.

* مقالات چاپ‌شده یا پذیرش‌شده (پیوست می‌باشد):

1. ...................................................................
2. ...................................................................

* گواهی اعلام وصول مقاله از مجلات علمی و پژوهشی معتبر (شرط دفاع نهایی)، پیوست است.

نام و نام خانوادگی اساتید راهنما/ امضاء و تاریخ

نام و نام خانوادگی اساتید مشاور / امضاء و تاریخ

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**بدین‌وسیله گواهی می‌گردد** دانشجوی نامبرده کلیه واحدهای مربوط به دوره را با موفقیت گذرانده است.

مسئول آموزش دانشکده/ مهر و امضاء

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**بدین‌وسیله گواهی می‌گردد** دانشجوی نامبرده هیچ‌گونه بدهی مالی به دانشکده ندارد.

مسئول حسابداری دانشکده/ مهر و امضاء

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**تأییدیه مدیر گروه آموزشی:**

با توجه به گذراندن کلیه واحدهای درسی، کارگاه‌های مصوب، ژورنال کلاب و با توجه به نظر اساتید محترم، با برگزاری جلسه دفاع نهایی نامبرده موافقت می‌گردد.

مدیر گروه/ مهر و امضاء

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**اساتید داور و ناظر منتخب شورای تحصیلات تکمیلی:**

ناظر و داور دانشکده .................................

ناظر و داور خارج از دانشکده ......................

نماینده یا مسئول تحصیلات تکمیلی ..................

مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده/ مهر و امضاء

**بسمه‌تعالی**

  **شماره:**

**دانشگاه علوم پزشكی و خدمات تاریخ:**

**بهداشتی درمانی كرمانشاه پیوست:**

**دانشکده پرستاری و مامایی**

**«فرم ارزشیابی پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد»**

نام و نام خانوادگی دانشجو: ............. تاریخ دفاع: .......................................

عنوان پایان‌نامه: «....................................................................................................................»

نام و نام خانوادگی اساتید راهنما: ................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **عناوین** | **حداکثر نمره** | **نمره استاد** | **ملاحظات** |
| چکیده (فارسی و انگلیسی) | -/5 |  |  |
| مقدمه و اهمیت موضوع | -/9 |  |  |
| چارچوب پژوهش و مروری بر متون ( ارتباط با موضوع و پوشش موضوع) | -/9 |  |  |
| روش تحقیق (اتخاذ روش مناسب و روند صحیح اجرای آن) | -/9 |  |  |
| بیان یافته‌ها (استفاده مناسب از متن، جدول و نمودار جهت سازمان‌دهی و ارایه یافته‌ها) | -/10 |  |  |
| بحث و نتیجه‌گیری | -/10 |  |  |
| کاربرد یافته‌ها | -/9 |  |  |
| درجه رسیدن به اهداف | -/9 |  |  |
| رعایت آیین نگارش | -/5 |  |  |
| فهرست منابع و مأخذ | -/5 |  |  |
| میزان تسلط و بیان دانشجو و پاسخ‌دهی به سوالات در جلسه دفاع | -/10 |  |  |
| دفاع به‌موقع دانشجو | 5/2 |  |  |
| جمع نمره از 100 | 5/92 |  |  |
| جمع نمره از 5/18 | 5/18 |  |  |
| نمره مقاله | 5/1 |  |  |
| نمره نهایی | -/20 |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی استاد راهنمای اول:** | **امضاء** |  | **نام و نام خانوادگی استاد راهنمای دوم:** | **امضاء** |
| **نام و نام خانوادگی استاد مشاور علمی:** | **امضاء** |  | **نام و نام خانوادگی استاد مشاور آمار:** | **امضاء** |
| **نام و نام خانوادگی داور و ناظر داخلی:** | **امضاء** |  | **نام و نام خانوادگی داور و ناظر خارجی:** | **امضاء** |
| **نام و نام خانوادگی مدیر تحصیلات تکمیلی: امضاء** | | | | |

* درصورتی‌که دانشجو در طول تحصیل خود یک مقاله ISI یا Pubmed حاصل از پایان‌نامه و با آدرس دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه چاپ کرده باشد، یک نمره تشویقی به نمره پایان‌نامه وی اضافه خواهد شد.
* مطابق نامه شماره 1318/500 مورخ 03/12/1394 معاونت محترم آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، ارسال مقاله (submission) برای مجلات علمی- پژوهشی داخل یا خارج قبل از دفاع اجباری است و حداکثر نمره پایان‌نامه 5/18 نمره می‌باشد.
* چاپ مقاله یا گواهی پذیرش ( Acceptance)، قبل از دفاع اختیاری است و به شرح زیر نمره داده خواهد شد.
* در مجلات نمایه شده در Wos:ISI و Medline: Pubmed و یا Scopus: 5/1 نمره
* در مجلات علمی- پژوهشی غیر مورد فوق: 1 نمره

|  |  |
| --- | --- |
| **درجه** | **نمره** |
| عالی | -/20-50/18 |
| بسیار خوب | 49/18-00/17 |
| خوب | 99/16-00/15 |

**بسمه‌تعالی**

  **شماره:**

**دانشگاه علوم پزشكی و خدمات تاریخ:**

**بهداشتی درمانی كرمانشاه پیوست:**

**دانشکده پرستاری و مامایی**

**«فرم تأیید انجام صحافی پایان‌نامه»**

عنوان پایان‌نامه: « .................................................................... ...................................................»

نام و نام خانوادگی دانشجو: .....................................

رشته تحصیلی: ....................................................

به دین وسیله اعلام می‌گردد:

انجام صحافی بلامانع است □

نام و نام خانوادگی استاد راهنما

امضا و تاریخ

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

به دین وسیله اعلام می‌گردد:

انجام صحافی بلامانع است □ نیاز به اصلاحات دارد □

نام و نام خانوادگی استاد ناظر

امضا و تاریخ

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

به دین وسیله اعلام می‌گردد:

انجام صحافی بلامانع است □ نیاز به اصلاحات دارد □

نام و نام خانوادگی مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده

امضا و تاریخ

\* دانشجو موظف است این برگه را قبل از انجام صحافی، همراه پایان‌نامه صحافی **نشده** به استاد راهنما تحویل دهد.

\* فرم رضایت آگاهانه، اظهارنامه اصالت پایان‌نامه، مجوز کمیته اخلاق دانشگاه و شماره ثبت در IRCT عناصر اصلی پایان‌نامه است و باید هنگام صحافی به آن ملحق شود.