  **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