****

**فرم ارزیابی مقالات دانشجو جهت صدور مجوز دفاع از پایان نامه**

**دانشکده فناوریهای نوین پزشکی**

**۱- درخواست دانشجو**

اینجانب …………………. دانشجوی دوره کارشناسی ارشد رشته............................. با شماره دانشجویی …..……..……ورودی نیمسال اول/ دوم سال تحصیلی …………. صحت تمامی اطلاعاتی را که در جدول زیر وارد کرده ام و شواهد کتبی در همین زمینه را که به این فرم پیوست کرده ام تایید می کنم.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **عنوان مقاله** | **نوع مقاله**  (Research or Review) | **نام مجله** | **آخرین وضعیت مقاله** (ارسال شده، پذیرفته شده، یا چاپ شده) | **تاریخ آخرین وضعیت مقاله**  (Month-Year) | **اسامی نویسندگان به ترتیب اولویت**  **در مقاله** | **رتبه مجله (Q) یا**  **Impact Factor** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |

امضاء: تاریخ:

**2- نظر معاون محترم پژوهشی دانشکده**

مقاله/مقالات مطابق با مصوبات دانشکده و دانشگاه بررسی گردید و جهت صدور مجوز دفاع از پایان نامه:

**مورد تایید می باشد.** **مورد تایید نمی باشد.** امضاء: تاریخ: