**فرم مشخصات دانشجویان متقاضی پایان نامه/دوره آموزشی**

رئیس محترم مرکز تحقیقات ایمونولوژی

احتراما اینجانب با مشخصات زیر متقاضی گذراندن پایان نامه / دوره آموزشی در مرکز تحقیقات ایمونولوژی علوم پزشکی تبریز میباشم.

|  |
| --- |
| نام: نام خانوادگی: |
| رشته تحصیلی: مقطع تحصیلی: |
| دانشگاه/دانشکده: استاد راهنما: |
| عنوان پایان نامه/دوره آموزشی: |
| تاریخ ورود: طول دوره آموزشی: |
| تلفن ثابت: تلفن همراه: |
| پست الکترونیکی: |

تاریخ درخواست و امضا

**نظریه ریاست مرکز**

امضا

دکتر بهزاد برادران

رئیس مرکز تحقیقات ایمونولوژی