رئیس محترم مرکز تحقیقات ایمونولوژی

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام: | |  | | | | | نام خانوادگی: | |  | |  |
| رشته تحصیلی: | |  | | | | | مقطع تحصیلی: | |  | |
| کد ملی : | |  | | | | | شماره دانشجویی: | |  | |
| دانشگاه / دانشکده محل تحصیل: | | | | |  | | | | | |  |
| استاد راهنمای اول: | | | |  | | | | | امضاء:  امضاء:  امضاء: | | |
| استاد راهنمای دوم: | | | |  | | | | |
| استاد مشاور: | | | |  | | | | |
| عنوان پایان نامه/دوره آموزشی: | | | | | | | | | | | |
| \* | | | | | | | | | | | |
| کد پژوهان: |  | | | | | | | محل ثبت پروپوزال: | |  | |
| تاریخ شروع: |  | | | | | | | طول دوره آموزشی: | |  | |
| تلفن ثابت: |  | | | | تلفن همراه: |  | | تلفن مواقع اضطراری: | |  | |
| آدرس منزل: |  | | | | | | | | | | |
| پست الکترونیکی: | | |  | | | | | | | | |

* لطفا مشخصات خواسته شده در فرم را به دقت تایپ و تکمیل کرده و به آدرس behzad\_im@yahoo.com **ارسال نمایید.**
* یک قطعه عکس پرسنلی با کیفیت بالا در فرمت jpg یاpng جهت صدور کارت شناسایی بصورت فایل جداگانه همراه با فرم‌های الکترونیکی تکمیل شده به آدرس پست الکترونیکی مذکور ارسال نمایید.
* ارسال فرم الکترونیکی از طریق ایمیل به منزله امضا و تایید مشخصات تکمیل شده توسط فرستنده می‌باشد.
* منبع تهیـه مواد ( این قسمت توسط مرکز تکمیل می‌‎شود):

1. دانشجو 2. استاد راهنما مربوطه: .................

**امضا ریاست مرکز:** دکتر بهزاد برادران

امضا مدیر داخلی مرکز: دکتر وحید خاضع

تاریخ درخواست و امضا دانشجو