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