

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی درمانی همدان
معاونت تحقیقات و فناوری

« فرم درخواست استفاده از تسهیلات بنیاد نخبگان »

مشخصات شخصی:

نام و نام خانوادگی دانشجوی:

کد ملی:

شماره دانشجویی:

رشته تحصیلی:

مقطع تحصیلی:

دانشکده:

نوع تسهیلات درخواستی:

تاریخ

امضاء متقاضی

اعلام نظر استاد راهنما:

موافقت می شود

موافقت نمی شود

تاریخ

امضاء استاد راهنما

اعلام نظر مدیر گروه:

موافقت می شود

موافقت نمی شود

تاریخ

امضاء مدیر گروه

اعلام نظر ریاست دانشکده:

موافقت می شود

موافقت نمی شود

تاریخ

امضاء ریاست دانشکده

اعلام نظر مدیر توسعه فناوری سلامت:

موافقت می شود

موافقت نمی شود

تاریخ

امضاء

** سابقه فعالیت های پژوهشی و فناوری مورد تایید معاونت تحقیقات و فناوری می باشد. بلی خیر