



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل
معاونت تحقیقات و فن آوری

"فرم گزارش پیشرفت اجرای طرح تحقیقاتی"

نام و نام خانوادگی مجری: رشته تحصیلی و سال ورودی: عنوان طرح تحقیقاتی:	تاریخ شروع: گزارش سه ماهه:
---	-------------------------------

--

نام و نام خانوادگی استاد راهنما

تاریخ

امضاء

تذکر: این فرم هر سه ماه تکمیل و به واحد پژوهش ارائه میگردد.

امضاء معاون پژوهشی دانشکده: