# **بسمه تعالي**

**فرم درخواست ارتقاء از سال 2 به سال 3**

**دانشکده: مدیریت مطالعات و توسعه آموزش پزشکی**

اينجانب دانشجوي مقطع Ph.D رشته به شماره دانشجويي با توجه به احراز

شرايط ذيل خواستار ارتقاء از سال 2 به 3 مي­باشم

**1-** اتمام دروس مرحله آموزشی

**2-** موفقیت در امتحان جامع تخصصی (به استثناء رشته هایی که نیمرخ آموزشی آنان بیش از 3 ترم باشد.)

**3-** ارائه دومین سمینار در دانشگاه (در صورت دارا بودن درس سمینار)

موضوع......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

تاریخ.............................................................................................................................................................................................................

**4-** معرفی استاد راهنمای پژوهشی

**5-** تصویب عنوان پایان­نامه در گروه آموزشی

موضوع......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

تاریخ.............................................................................................................................................................................................................

**6-** حضور فيزيكي كافي در دانشكده (براساس مصوبات شوراي تحصيلات تكميلي دانشگاه)

**7-** تایید اجرای مفاد دستورالعمل دستیاری آموزشی توسط استاد راهنمای آموزشی

**امضاء دانشجو امضاء استاد راهنمای آموزشی امضاء مدیر گروه**

**توضیحات کارشناس:**

**نتيجه نهايي:**

**امضاء مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده**

#