



دانشگاه علوم پزشکی
وخدمات بهداشتی درمانی اردبیل
ARDEBIL UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES

دانشکده پیراپزشکی

باسمه تعالی

فرم تعریف موضوع پروژه تحقیق کارشناسی رشته
فناوری اطلاعات سلامت

کد مدرک:

فرم شماره ۲

- این فرم در صورت نداشتن مهر آموزش و تاریخ فاقد اعتبار خواهد بود.
- این فرم باید حداکثر تا یک ماه پس از مهلت حذف و اضافه تکمیل و تحویل آموزش دانشکده شود.
- گام بعدی: انجام پروژه و تکمیل فرم شماره ۳ (فرم گواهی کفایت پروژه) در مهلت مقرر

۱- عنوان پروژه کارشناسی:

۲- مشخصات دانشجو:

سال ورود:

شماره دانشجویی:

نام و نام خانوادگی:

۳- اطلاعات مربوط به پروژه:

۱-۳ تعریف مساله (حداکثر ۵ سطر):

۲-۳ هدف از طرح مورد نظر، ضرورت انجام آن (حداکثر ۵ سطر):



دانشکده پیراپزشکی

باسمه تعالی

فرم تعریف موضوع پروژه تحقیق کارشناسی رشته
فناوری اطلاعات سلامت

کد مدرک:

فرم شماره ۲

۳-۳ روشهای اجرایی انجام پروژه (حداکثر ۵ سطر):

۳-۴ محل اجرای پروژه (سازمان، شرکت و ...):

۴- تاریخ و امضاء دانشجو و استاد راهنما:

دانشجو: تاریخ: استاد راهنما: تاریخ:

امضاء و تاریخ مدیر گروه مدیریت اطلاعات سلامت:

امضاء و تاریخ معاون آموزشی دانشکده پیراپزشکی:

مهر آموزش