



دانشگاه علوم پزشکی مازندران
معاونت تحصیلات و فناوری
کمیته تحقیقات دانشجویی



دانشگاه علوم پزشکی مازندران

بسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران

معاونت تحقیقات و فناوری

کمیته تحقیقات دانشجویی

فرم عضویت

شماره عضویت:

تاریخ ثبت:

نام:

نام خانوادگی:

شماره دانشجویی:

نام دانشکده:

رشته تحصیلی:

مقطع:

سال ورود به دانشگاه:

شماره همراه:

Email Address:

مایل به همکاری در چه زمینه هایی با کمیته تحقیقات هستید؟

- تالیف و ترجمه
- کارگاه های علمی
- ژورنال کلاب (نقد علمی مقالات)
- مجله الکترونیکی علمی - پژوهشی

توانایی ها:

- سطح دانش زبان انگلیسی
- روش تحقیق
- سطح دانش رایانه
- آشنایی کافی با رشته های ورزشی

توانایی های اجرایی:

سایر توانایی های ذکر شده:

چند ساعت در هفته می توانید زمان برای فعالیت در کمیته تحقیقات دانشجویی اختصاص دهید(لطفاً روز و ساعت ذکر گردد)
در صورت داشتن طرح تحقیقاتی در دست اقدام عنوان و مجری آن ذکر شود.

آیا مایل به شرکت در کلاس های فوق برنامه تحقیقاتی - آموزشی(مقاله نویسی، ارائه مقاله، جستجوی اینترنتی پایگاههای اطلاعاتی و ... هستید؟

آیا مایل دارید به ارائه کارگاه های علمی توسط خودتان هستید؟ لطفاً نام ببرید.

امضای متقاضی