



دانشگاه علوم پزشکی گیلان
دانشکده پرستاری و مامایی و پیراپزشکی شرق گیلان

فرم تعیین استاد راهنما

نام و نام خانوادگی دانشجو:	شماره دانشجویی:
رشته:	گرایش:

نام و نام خانوادگی استاد راهنما:	مرتبه علمی:
----------------------------------	-------------

امضای دانشجو:	امضای استاد راهنما:	امضای مدیر گروه:
تاریخ: / /	تاریخ: / /	تاریخ: / /