

فرآیند دفاع از عنوان پایان نامه کارشناسی ارشد

دریافت و تکمیل فرم درخواست تصویب عنوان پایان نامه و فرم تعیین استاد راهنمای پژوهشی (فرم شماره ۱ و ۲) توسط دانشجو از حوزه تحصیلات تکمیلی دانشکده

بررسی عنوان (از نظر تکراری نبودن) و وضعیت استاد مربوطه (از نظر امکان هدایت پایان نامه) در حوزه تحصیلات تکمیلی دانشکده در مدت حداکثر ۷ روز (فرم شماره ۱)

اخذ تاییدیه معرفی نامه از حوزه تحصیلات تکمیلی دانشکده و ارائه به گروه مربوطه، جهت تشکیل جلسه دفاع از عنوان (فرم شماره ۱)

تشکیل جلسه دفاع از عنوان توسط مدیر گروه در مدت حداکثر ۱۰ روز با اعضای زیر:

- مدیر گروه یا رئیس دانشکده به عنوان رئیس جلسه (در صورت استاد راهنما بودن مدیر گروه یا رئیس دانشکده، درخواست معرفی نماینده از حوزه تحصیلات تکمیلی دانشکده توسط مدیر گروه)
- ۱ نفر از اعضای شورای آموزشی پژوهشی گروه (فرد ثابت در کلیه مراحل اجرای پایان نامه)
- استاد راهنما
- کارشناس (عضو هیئت علمی) آموزشی - پژوهشی دانشکده (فرد ثابت در کلیه مراحل اجرای پایان نامه)

اعلام نتیجه جلسه توسط مدیر گروه یا رئیس دانشکده به حوزه تحصیلات تکمیلی دانشکده جهت تشکیل پرونده (فرم شماره ...)

خیر

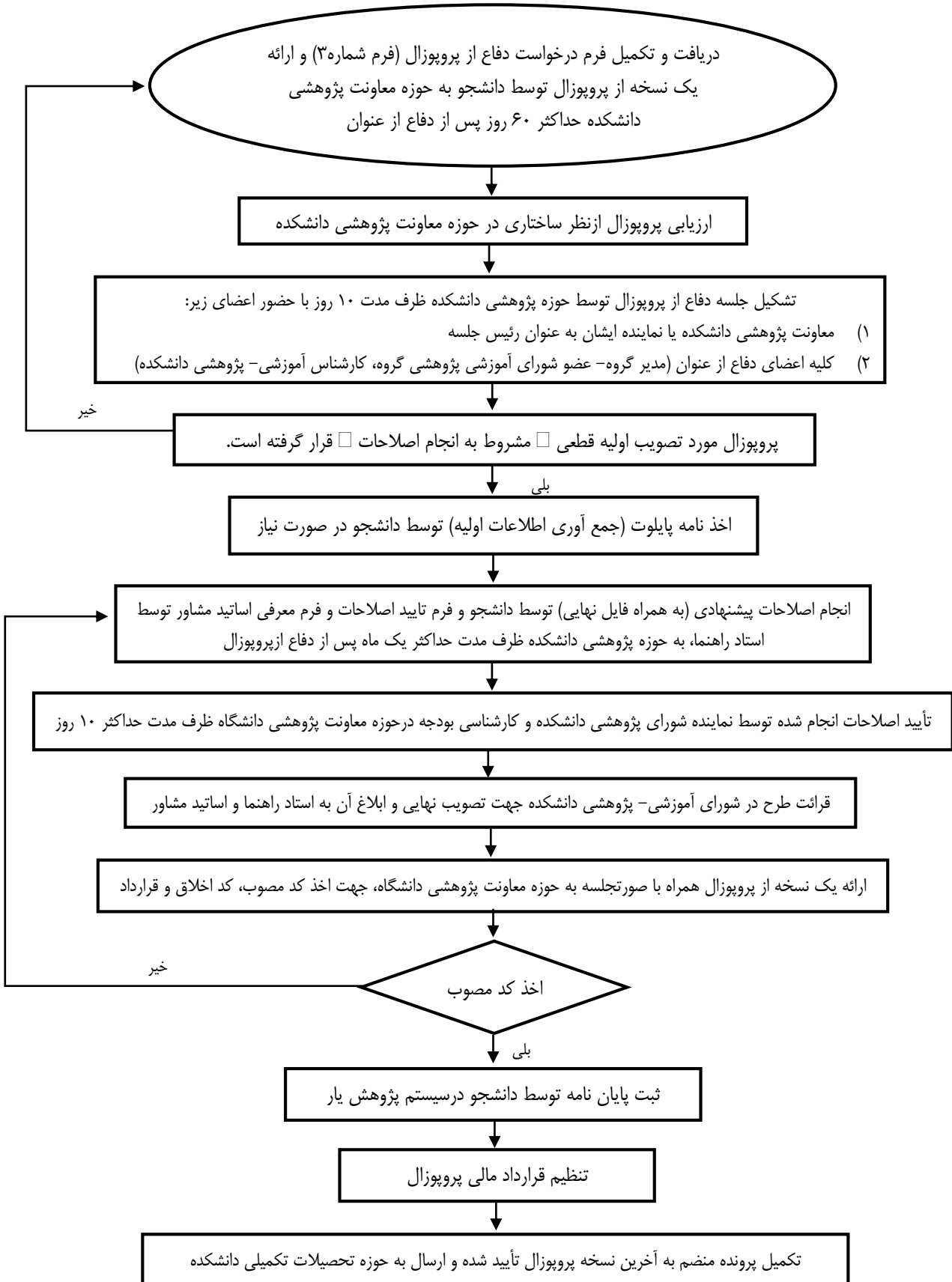
عنوان مورد تصویب در گروه قرار گرفته است

بلی

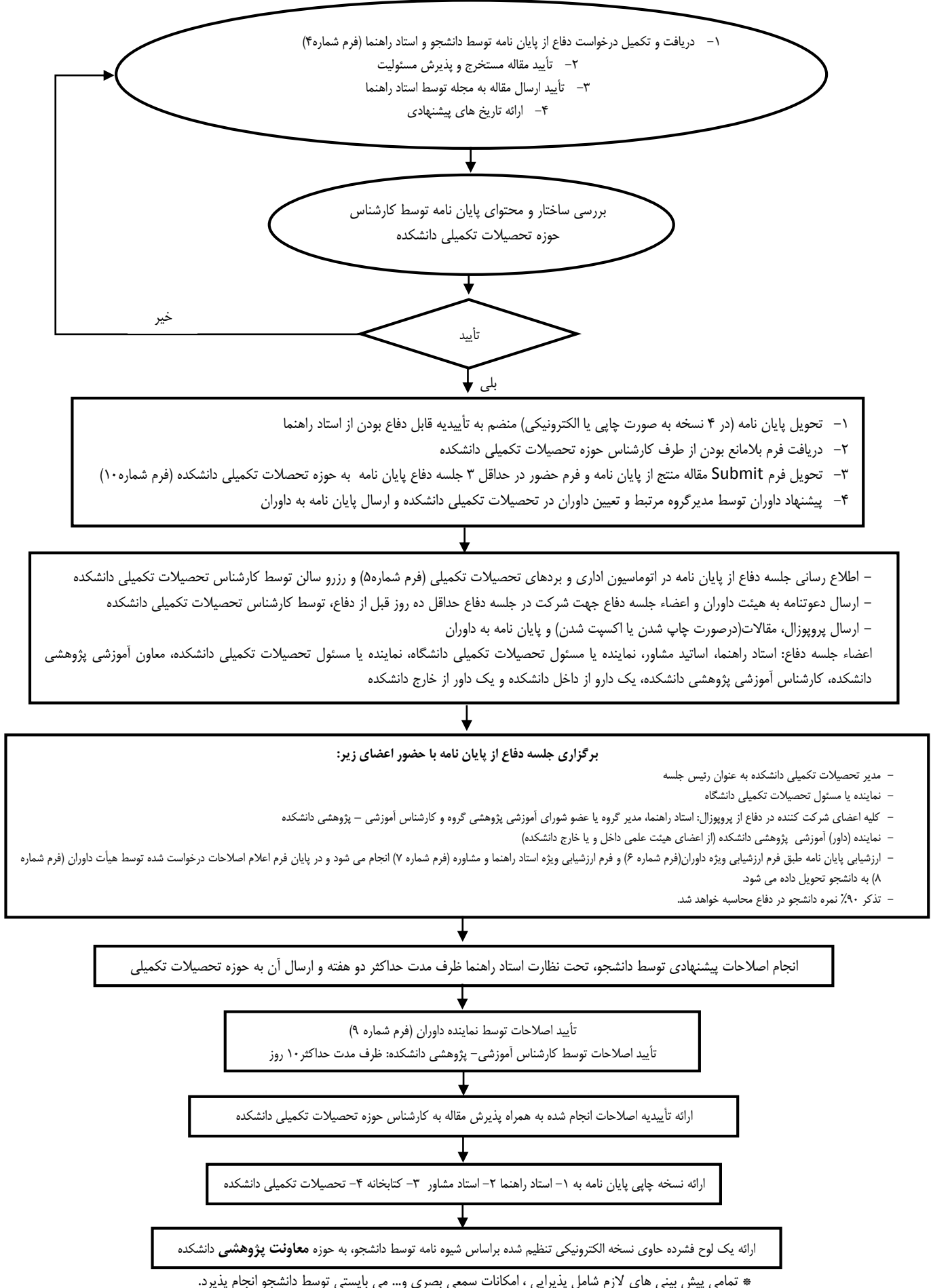
قرائت عنوان در شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده

تکمیل پرونده، ابلاغ استاد راهنما و ارائه به حوزه معاونت پژوهشی دانشکده

فرآیند دفاع از پروپوزال پایان نامه کارشناسی ارشد



فرآیند دفاع نهایی از پایان نامه کارشناسی ارشد



فرم شماره (۱)

فرم تعیین استاد راهنمای پژوهشی پایان نامه کارشناسی ارشد

مدیر محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده

با سلام و احترام

اینجانب دانشجوی کارشناسی ارشد رشته به شماره
دانشجویی تمایل دارم پایان نامه خود را به راهنمایی خانم / آقای انتخاب
نمایم.

تاریخ و امضاء دانشجو:

نظر استاد راهنما

موافقت می شود موافقت نمی شود

نام و نام خانوادگی:

تاریخ و امضاء استاد راهنما:

نظر شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده

موضوع تعیین استاد راهنما در جلسه شورای تحصیلات تکمیلی در تاریخ مورد بررسی قرار گرفت و به
تصویب رسید.

تاریخ و امضای مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده

فرم شماره (۲)

فرم درخواست تصویب موضوع پایان نامه کارشناسی ارشد

استاد محترم راهنما جناب آقای / سرکار خانم:

اینجانب دانشجوی کارشناسی ارشد رشته به شماره دانشجویی که در نیمسال مشغول به تحصیل می باشم. تقاضا دارم نسبت به تصویب عنوان پیشنهادی زیر اقدام لازم به عمل آید.

عنوان به فارسی:

عنوان به انگلیسی:

کلید واژه ها:

-۱

-۲

-۳

-۴

تاریخ و امضاء دانشجو:

مدیر محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده:

اینجانب عضو هیئت علمی دانشکده به عنوان استاد راهنمای جناب آقای / سرکار خانم مستدعی است در جهت فرآیند دفاع از عنوان پیشنهادی اقدام مقتضی به عمل آید.

تاریخ و امضاء:

عنوان فوق در جلسه مورخ شورای پژوهشی / گروه دانشکده مطرح و به شرح ذیل تصمیم گیری شد.

مورد تأیید

نیاز به اصلاح دارد

مورد تأیید نیست

امضاء مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده:

فرم شماره (۳)

معیارهای بررسی عنوان در شورای پژوهشی گروه

نام دانشجو:..... مقطع و رشته:.....
عنوان رساله/ پایان نامه:.....
تاریخ بررسی در شورای پژوهشی/ گروه:..... ترم تحصیلی دانشجو:.....

| ردیف | سئوالات | بلی | خیر |
|------|---|-----|-----|
| ۱ | عنوان پیشنهادی بر اساس مرور متون و سوابق پژوهشی موجود تکراری نمی باشد. امضاء استاد راهنما | | |
| ۲ | عنوان، تناسب لازم و کافی با مقطع تحصیلی دانشجو دارد. | | |
| ۳ | معیارهای بررسی عنوان پایان نامه (روش اجراء، نمونه گیری و ابزار) به درستی پوشش داده شده است؟ | | |
| ۴ | عنوان ارائه شده، صورت جلسه شورای پژوهشی گروه مربوطه (با حضور نصف به علاوه یک اعضای شورا) را دارد؟ | | |
| ۵ | داور منتخب گروه، حسب مورد، اصلاحات را کنترل نموده و انجام نظرات مندرج در صورتجلسه را تایید نموده است؟ | | |

نظریه نهایی شورای پژوهشی / گروه:

قابل قبول

قابل قبول مشروط به انجام اصلاحات زیر:

غیر قابل قبول (با ذکر دلیل)

تبصره: در صورت نیاز و درخواست اعضای محترم شورای تحصیلات تکمیلی، صورت جلسه شورای پژوهشی گروه مربوطه در شورا قرائت می گردد.

امضاء مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده

فرم شماره (۴)

فرم مخصوص اساتید مشاور

همکار ارجمند: سرکار خانم / جناب آقای

بدینوسیله از جنابعالی/ سرکار عالی دعوت می گردد تا به عنوان استاد مشاور آمار پایان نامه دانشجو آقا/خانم..... با
گرایش که تحت عنوان
می باشد، قبول همکاری فرمائید.

میزان واحد استاد مشاور:..... (درج میزان واحد برای اساتید داخلی الزامی است) با تشکر استاد راهنما

بدینوسیله اینجانب:

نام و نام خانوادگی:

رشته اصلی تحصیلی:

درجه دانشگاهی:

دانشگاه یا موسسه عالی محل تحقیق یا تدریس:

دانشگاه و کشور محل اخذ آخرین مدرک تحصیلی:

تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی:

موافقت خود را به عنوان استاد مشاور پایان نامه دانشجوی.....تحت
عنوان.....

نام و امضاء استاد مشاور:

اعلام می دارم.

شورای تحصیلات تکمیلی:

در جلسه شماره مورخ مطرح گردید و مورد موافقت قرار گرفت قرار نگرفت

امضاء مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده

تاریخ:

فرم شماره (۵)

فرم درخواست تصویب پروپوزال پایان نامه کارشناسی ارشد

| |
|---|
| <p>استاد محترم راهنما جناب آقای / سرکار خانم:</p> <p>اینجانب دانشجوی کارشناسی ارشد رشته به شماره دانشجویی که در نیمسال مشغول به تحصیل می باشم. تقاضا دارم نسبت به تصویب پروپوزال زیر اقدام لازم به عمل آید.</p> <p>عنوان به فارسی:</p> <p>عنوان به انگلیسی:</p> <p>کلید واژه ها:</p> <p>۱- ۲- ۳- ۴-</p> <p>تاریخ و امضاء دانشجو:</p> |
| <p>مدیر محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده:</p> <p>اینجانب عضو هیئت علمی دانشکده به عنوان استاد راهنمای جناب آقای / سرکار خانم مستدعی است در جهت فرآیند تصویب پروپوزال اقدام مقتضی به عمل آید.</p> <p>تاریخ و امضاء:</p> |
| <p>گواهی می شود دانشجوی فوق الذکر با توجه به بررسی پرونده تحصیلی:</p> <p>از نظر واحد درسی و وضعیت استاد (از نظر امکان هدایت پایان نامه) مجاز به انتخاب واحد: می باشد <input type="checkbox"/> نمی باشد <input type="checkbox"/></p> <p>نام و امضاء کارشناس حوزه تحصیلات تکمیلی دانشکده</p> <p>نام و امضاء کارشناس حوزه تحصیلات تکمیلی دانشگاه</p> <p>امضاء مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده</p> <p>امضاء مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه</p> |
| <p>پروپوزال فوق در جلسه مورخ..... شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده مطرح و به شرح ذیل تصمیم گیری می شود.</p> <p>مورد تأیید است <input type="checkbox"/> نیاز به اصلاح دارد <input type="checkbox"/> مورد تأیید نیست <input type="checkbox"/></p> <p>امضاء مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده</p> |

فرم شماره (۶)

فرم درخواست دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد

(ویژه دانشجویان و استاد راهنما)

الف: استاد / استادان محترم راهنما

با سلام و احترام

اینجانب دانشجوی رشته کارشناسی ارشد با توجه به کسب نمره قبولی در کلیه دروس و اعلام آن از سوی گروه آمادگی خود را جهت دفاع از پایان نامه تحت عنوان:

اعلام می دارم. تاریخ تصویب پروپوزال اینجانب در شورای پژوهشی تحصیلات تکمیلی دانشکده می باشد، پروپوزال مهیور به مهر تحصیلات تکمیلی و نگارش پیشنویس پایان نامه براساس ضوابط نگارش پایان نامه موجود در سایت تحصیلات تکمیلی می باشد.

امضاء دانشجو/ تاریخ:

ب: مدیر محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده:

با سلام و احترام

نظر به اعلام آمادگی آقای / خانم دانشجوی کارشناسی ارشد رشته و با توجه به اتمام کلیه مراحل پایان نامه بر اساس پروپوزال مصوب، کیفیت علمی و صحت مطالب آن را تأیید نموده و برگزاری جلسه دفاع از نظر اینجانب بلامانع است. ضمناً در مورد مقاله / مقالات پایان نامه ایشان با عنوان / عناوین:

۱-

۲-

که در مجله / مجلات / نمایه:

۱-

نمایه مجله:

ترتیب نویسندگان:

۲-

نمایه مجله:

ترتیب نویسندگان:

تحت بررسی / پذیرش / چاپ / برون داد فن آورانه است، تأیید می نمایم:

۱- مقاله از نظر علمی مورد تأیید اینجانب بوده و با موافقت اینجانب برای مجله ارسال شده و دارای پذیرش قطعی است (در مورد مقالات تحت بررسی فرم تعهد نامه پیوست گردد).

۲- اینجانب تمامی وظایف مربوطه به نویسنده مسئول را بعهده داشته ام و مسئولیت محتوای مقاله، مستخرج بودن از پایان نامه و رعایت کلیه حقوق مالکیت معنوی و مادی افرادی که در پایان نامه همکاری نموده اند را به عهده می گیرم.

امضاء استاد راهنما / تاریخ:

فرم شماره (۸)

فرم ارزشیابی پایان نامه کارشناسی ارشد

(ویژه داوران)

نام و نام خانوادگی دانشجو:

رشته تحصیلی:

تاریخ جلسه:

| ردیف | موضوع | نمره کل | نمره نهایی |
|------|--|---------|------------|
| ۱ | نحوه ارائه و تسلط دانشجو و رعایت زمان ارائه | ۱/۲ | |
| ۲ | کیفیت انجام تحقیق و نیل به اهداف ذکر شده در پروپوزال | ۹ | |
| ۳ | نحوه پاسخ به سئوالات و پرسشهای مطرح شده | ۳/۶ | |
| ۴ | کیفیت نگارش پایان نامه | ۴/۲ | |
| | جمع (حداکثر نمره) | ۱۸ | |

نمره مقاله*:

*نمره مقاله بر اساس نمایه مجله و تعداد مقالات، طبق جدول ذیل تخصیص می یابد:

| ردیف | نوع بانک اطلاعاتی | سطح (نوع) بانک اطلاعاتی | نمره اختصاص داده شده به ازاء هر مقاله |
|------|---|-------------------------|---------------------------------------|
| ۱ | ISI Web of Science | ۱ | ۲ |
| ۲ | Medline (Pub Med) | ۲ | ۱/۵ |
| ۳ | Scopus | ۳ | ۱ |
| ۴ | Chemical Abstract, Biological Abstract, Psych Info, ISC, CINAHL, Current Contents | ۴ و ۵ | ۰/۵ |

نام و نام خانوادگی داور:

امضاء

فرم شماره (۹)

فرم ارزشیابی پایان نامه کارشناسی ارشد

(ویژه استاد راهنما و مشاور)

نام و نام خانوادگی دانشجو:

رشته تحصیلی:

تاریخ جلسه:

| ردیف | موضوع | نمره کل | نمره نهایی |
|------|--|---------|------------|
| ۱ | وقت شناسی و نظم دانشجویی تحقیق | ۳ | |
| ۲ | ابتکار، خلاقیت، نحوه فعالیت و پشت کار دانشجو | ۳/۶ | |
| ۳ | انجام کامل و صحیح پایان نامه مطابق با پروپوزال تصویب شده | ۸/۴ | |
| ۴ | رعایت زمان ارائه سخنرانی، تسلط و نحوه ارائه و پاسخگویی به سوالات | ۳ | |
| | جمع (حداکثر نمره) | ۱۸ | |

نمره مقاله*:

*نمره مقاله بر اساس نمایه مجله و تعداد مقالات، طبق جدول ذیل تخصیص می یابد:

| ردیف | نوع بانک اطلاعاتی | سطح (نوع) بانک اطلاعاتی | نمره اختصاص داده شده به ازاء هر مقاله |
|------|---|-------------------------|---------------------------------------|
| ۱ | ISI Web of Science | ۱ | ۲ |
| ۲ | Medline (Pub Med) | ۲ | ۱/۵ |
| ۳ | Scopus | ۳ | ۱ |
| ۴ | Chemical Abstract, Biological Abstract, Psych Info, ISC, CINAHL, Current Contents | ۴ و ۵ | ۰/۵ |

امضاء:

نام و نام خانوادگی استاد راهنما / مشاور:

فرم شماره (۱۰)

فرم اعلام اصلاحات درخواست شده توسط هیأت داوران

آقای/خانم دانشجوی رشته، پیرو برگزاری جلسه دفاع از پایان نامه جنابعالی/سرکار با عنوان "....." در تاریخ، موارد ذیل جهت اصلاح توسط هیأت داوران مطرح گردیده است. خواهشمند است ظرف مدت ۲ ماه، اصلاحات لازم را انجام داده و به تأیید نهایی آقای/خانم دکتر نماینده هیأت داوران برسانید.

تبصره: در صورت عدم انجام اصلاحات و مراجعه دانشجو تا حداکثر ۶۰ روز پس از دفاع، تاریخ فارغ التحصیلی وی بسته به نظر شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده بوده و در صورتی که خارج از سقف مجاز دوره تحصیل باشد مشمول پرداخت شهریه خواهد شد.

مهلت انجام اصلاحات :

امضاء و تاریخ:

نماینده یا مسئول تحصیلات تکمیلی دانشکده:

اصلاحات درخواست شده:

-۱

-۲

...

فرم شماره (۱۱)

فرم تأیید انجام اصلاحات پایان نامه کارشناسی ارشد

مسئول تحصیلات تکمیلی دانشکده

سرکار خانم/جناب آقای دکتر.....

با سلام و احترام

به آگاهی می رساند اصلاحات لازم در پایان نامه آقای / خانم دانشجوی کارشناسی ارشد

رشته به راهنمایی اینجانب مطابق ذیل انجام شده است

و مورد تأیید اینجانب می باشد.

اصلاحات انجام شده:

۱-

۲-

۳-

۴-

امضاء و تاریخ:

نام استاد راهنما:

فرم شماره (۱۲)

فرم شرکت دانشجو در جلسات دفاع پایان نامه

توجه: این فرم پس از تکمیل می بایست به عنوان مجوز دفاع تحویل کارشناس حوزه تحصیلات تکمیلی دانشکده گردد.

بدین وسیله گواهی می شود:

آقای / خانم دانشجوی کارشناسی ارشد رشته

| | |
|----------|---|
| جلسه اول | در جلسه دفاع آقای / خانم با عنوان: در تاریخ شرکت نموده اند. رئیس جلسه / کارشناس حوزه تحصیلات تکمیلی دانشکده امضاء |
| جلسه دوم | در جلسه دفاع آقای / خانم با عنوان: در تاریخ شرکت نموده اند. رئیس جلسه / کارشناس حوزه تحصیلات تکمیلی دانشکده امضاء |
| جلسه سوم | در جلسه دفاع آقای / خانم با عنوان: در تاریخ شرکت نموده اند. رئیس جلسه / کارشناس حوزه تحصیلات تکمیلی دانشکده امضاء |



دانشگاه علوم پزشکی جهرم



فرم شماره (۷)

جلسه دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد

عنوان پایان نامه:

نام و نام خانوادگی دانشجو:

کارشناسی ارشد رشته:

استاد / استادان راهنما:

زمان:

استاد / استادان مشاور:

مکان:

از کلیه علاقه مندان دعوت می شود در جلسه فوق شرکت نمایند.