**باسمه تعالی**

**تاریخ:**



**فرم تعهد چاپ مقاله ی برگرفته از پایان نامه های دانشجویان تحصیلات تکمیلی (کارشناسی ارشد) دانشگاه علوم پزشکی شیراز (ورودی 1393 به بعد)**

**اینجانب آقای/خانم............................................ دانشجوی رشته.......................................... مقطع ........................................ به شماره دانشجویی ........................................ متعهد   
می گردم ظرف مدت 6 ماه از تاریخ فارغ التحصیلی خود یک مقاله اصیل(در یک مجله ی انگلیسی زبان نمایه شده در اسکوپوس) و یا Short communication (در یک مجله نمایه شده در یکی از پایگاه های Pubmed، ISI) چاپ و یا پذیرش شده برگرفته از پایان نامه ی خود تحت عنوان: «....................................................................................................................» به شماره ............................ و به راهنمایی جناب آقای / سرکار خانم ........................................ با Affiliation مورد تایید دانشگاه علوم پزشکی شیراز ارایه نمایم.**

**معاون پژوهشی دانشکده/ مدیر پژوهشی دانشکده**

**امضاء**

**نام و نام خانوادگی دانشجو**

**امضاء**

**شماره تماس:**

**ایمیل:**

**این تعهد در 2 نسخه تهیه می گردد.**

**نسخه معاونت پژوهشی و فناوری دانشکده ......**

**لطفا پس از تکمیل ، فرم را به آدرس [managriast@sums.ac.ir](mailto:managriast@sums.ac.ir) ایمیل نمایید .**

**باسمه تعالی**

**تاریخ:**



**فرم تعهد چاپ مقاله ی برگرفته از پایان نامه های دانشجویان تحصیلات تکمیلی (کارشناسی ارشد) دانشگاه علوم پزشکی شیراز (ورودی 1393 به بعد)**

**اینجانب آقای/خانم............................................ دانشجوی رشته.......................................... مقطع ........................................ به شماره دانشجویی ........................................ متعهد   
می گردم ظرف مدت 6 ماه از تاریخ فارغ التحصیلی خود یک مقاله اصیل(در یک مجله ی انگلیسی زبان نمایه شده در اسکوپوس) و یا Short communication (در یک مجله نمایه شده در یکی از پایگاه های Pubmed، ISI) چاپ و یا پذیرش شده برگرفته از پایان نامه ی خود تحت عنوان: «....................................................................................................................» به شماره ............................ و به راهنمایی جناب آقای / سرکار خانم ........................................ با Affiliation مورد تایید دانشگاه علوم پزشکی شیراز ارایه نمایم.**

**معاون پژوهشی دانشکده/ مدیر پژوهشی دانشکده**

**امضاء**

**نام و نام خانوادگی دانشجو**

**امضاء**

**شماره تماس:**

**ایمیل:**

**این تعهد در 2 نسخه تهیه می گردد.**

**نسخه اداره کل آموزش دانشگاه**