



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
شهید صدوقی یزد

شماره:
تاریخ:
پیوست:

بسمه تعالی
دانشکده بهداشت

ناظر محترم جناب آقای.....

با سلام

با توجه به تصویب پایان نامه تحقیقاتی شماره..... مورخ..... خواهشمند است دستور فرمایید نسبت به پرداخت ۳۰ درصد مبلغ پایان نامه تحت عنوان هزینه قطعی در وجه اینجانب به شماره حساب..... بانک..... اقدام نمایند.

امضا استاد راهنما

دکتر.....

امور پژوهشی دانشکده بهداشت

با سلام

با توجه به تصویب پایان نامه تحقیقاتی شماره..... مورخ..... و لزوم شروع پایان نامه/پایان پایان نامه، پرداخت ۳۰ درصد مبلغ پایان نامه تحت عنوان هزینه قطعی در وجه آقای دکتر..... از نظر اینجانب بلامانع است.

امضا ناظر

دکتر.....

رئیس محترم دانشکده بهداشت

با سلام

با توجه به تصویب پایان نامه تحقیقاتی شماره..... مورخ..... شورای تحصیلات تکمیلی و گواهی ناظر مبنی بر تایید پرداخت ۳۰ درصد مبلغ پایان نامه تحت عنوان هزینه قطعی در وجه آقای دکتر..... از نظر امور پژوهشی بلامانع است.

امضا معاون پژوهشی دانشکده

امور مالی دانشکده بهداشت*

ضمن تایید انجام کار، نظر به اینکه اینجانب..... حق الزحمه بابت مشاور آماری دریافت ننموده ام خواهشمند است برابر با جدول بودجه بندی، حق الزحمه اینجانب را با تایید مجری در وجه اینجانب به شماره حساب..... بانک رفاه پرداخت نمایید.

امضا مشاور آمار

امور مالی دانشکده بهداشت

با توجه به گواهی مراتب فوق، نسبت به پرداخت ۳۰ درصد مبلغ پایان نامه تحت عنوان هزینه قطعی در وجه آقای دکتر..... اقدام مقتضی صورت گیرد.

امضا رئیس دانشکده

*با توجه به مصوبه شورای پژوهشی دانشگاه مورخ ۹۵/۳/۲۶، واحد ها موظفند پس از اطمینان از پرداخت حق الزحمه مشاور آمار، نسبت به تسویه حساب پایان نامه اقدام نمایند.

یزد: میدان عالم، بلوار شهدای گمنام، پردیس دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دانشکده بهداشت

تلفن: ۰۳۵)۳۸۲۰۹۱۰۰-۱۴ فاکس: ۰۳۵)۳۸۲۰۹۱۱۹۵ کد پستی: ۸۹۱۵۱۷۳۱۶۰ صندوق پستی: ۸۸۷

آدرس وب سایت: sphealth.ssu.ac.ir