



باسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد  
معاونت تحقیقات و فناوری

شماره: .....

تاریخ: .....

پیوست: .....

مجوز اجرای طرح تحقیقاتی کمیته تحقیقات دانشجویی

جناب آقای / سرکار خانم.....

دانشجوی رشته ..... شماره دانشجویی..... مجری طرح تحقیقاتی با  
عنوان "....." کد طرح (.....). باتوجه به عقد قرارداد با  
شماره..... مورخ..... بدینوسیله مجوز اجرای طرح پژوهشی مذکور اعلام می شود.  
انتظار می رود طرح پژوهشی و تعهدات آن را در مدت قید شده در قرارداد و طبق جدول زمانبندی (جدول گانت) پروپوزال، زیر نظر  
اساتید راهنما به انجام برسانید.

امضاء

سرپرست کمیته تحقیقات دانشجویی  
دانشگاه علوم پزشکی گناباد

رونوشت:

جناب آقای / سرکار خانم.....  
استاد راهنمای طرح تحقیقاتی..... جهت استحضار به حضور ارسال می گردد.