

بسمه تعالی

فرم گزارش و اعلام رضایت از عملکرد و پیشرفت آموزشی و پژوهشی		
نام و نام خانوادگی دانشجو:	تاریخ شروع دوره:	تاریخ تکمیل فرم:
نام مرکز تحقیقاتی میزبان:	رشته/ترم:	نام دانشگاه:
رشته بالینی (تخصصی/فوق تخصصی/فلوشیپ):	دستیار بالینی سال چندم:	نام دانشگاه:
عنوان پایان نامه:		
دستآورد و اقدامات انجام شده:		
درصد پیشرفت کار:		
برنامه های شش ماه آینده:		
رضایت از عملکرد و پیشرفت آموزشی:		
رضایت از عملکرد و پیشرفت پژوهشی:		
مواردی که نیاز به فعالیت بیشتر و یا اصلاح فرآیند توسط پزشک پژوهشگر دارند:		
نام و نام خانوادگی استاد/اساتید راهنما	تاریخ	امضاء
نام و نام خانوادگی ریاست مرکز میزبان	تاریخ	امضاء

توجه: لازم است این فرم صرفاً توسط اساتید راهنما تکمیل، تأیید و در نهایت به تأیید ریاست مرکز میزبان پزشک پژوهشگر برسد.