

تاریخ :  
شماره :  
پیوست :

### گزارش پیشرفت کار تحقیقاتی انجام شده پایان نامه دانشجویان دوره‌های کارشناسی ارشد و PhD (فرم ۱۰۷)

#### • شرح :

دانشجویان باید پس از اخذ واحد پایان نامه، این فرم را یک ماه قبل از پایان هر نیمسال تحصیلی از اداره آموزش دانشکده دریافت نمایند.

این فرم به ترتیب توسط آموزش، دانشجو، استاد راهنما، مدیر گروه و کمیته تحصیلات تکمیلی دانشکده تکمیل خواهد شد. مسئول صحت و سقم اطلاعات وارد شده در فرم، امضاء کنندگان آن می‌باشند.

#### • هدف :

هدف از تکمیل این فرم تعیین وضعیت پیشرفت تحقیق دانشجو بوده و به عنوان مدارک همراه با نسخه‌ای از پایان نامه جهت ارزیابی به هیأت داوران تقدیم می‌گردد. نکات ذکر شده در این فرم می‌تواند باعث راهنمایی دانشجویان و ارتقای کیفی و کمی روند اجرای تحقیق آنان می‌گردد.

#### • این قسمت در اداره تحصیلات تکمیلی دانشکده تکمیل می‌گردد :

نام و نام خانوادگی دانشجو : شماره دانشجویی :  
سال ورود به دانشگاه : مقطع و رشته تحصیلی :  
نام گروه آموزشی : نام دانشکده : بهداشت و ایمنی  
عنوان پایان نامه :  
تعداد دروس جبرانی :  
تعداد نیمسال مرخصی :  
تاریخ ثبت پایان نامه در تحصیلات تکمیلی : درخواست سنوات جهت اشتغال در ترم :  
جدول گانت :

--

نام و نام خانوادگی استاد راهنما :	نام و نام خانوادگی استاد مشاور :
نام و نام خانوادگی استاد مشاور :	نام و نام خانوادگی استاد مشاور :
نام و نام خانوادگی کارشناس تحصیلات تکمیلی :	نام و نام خانوادگی مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده :
تاریخ تکمیل :	دکتر مهر تحصیلات تکمیلی

فرم هایی فاقد مهر آموزش از درجه اعتبار ساقط است.

#### • الف) این قسمت توسط دانشجو تکمیل می‌گردد:

۱- چندمین باری است که این فرم را تکمیل می‌کنید؟

- اولین بار  
 دومین بار  
 سومین بار  
 چهارمین بار

۲- فکر می‌کنید چند درصد از مراحل مختلف تعیین شده را برای اجرای پایان نامه انجام داده‌اید؟

.....  
.....

۳- تاریخ احتمالی دفاع از پایان نامه خود را چه زمانی می‌دانید؟

۴- در چه زمینه‌هایی از روند پایان نامه خود احتیاج به کمک دارید؟

۵- در ارتباط با نگارش مقاله و اخذ پذیرش چاپ آن در یکی از نشریات معتبر داخلی و یا خارجی چه اقدامی نموده‌اید؟

نام و نام خانوادگی دانشجو :

امضاء و تاریخ تکمیل :

• (ب) این قسمت توسط استاد راهنما تکمیل می‌گردد:

۱- در طول ترم گذشته چند بار با دانشجو ملاقات و مشاوره داشته‌اید؟

۲- نظر خود را نسبت به چگونگی روند پیشرفت کار دانشجو اعلام فرمائید:

۳- آیا در ملاقات های بعدی، دانشجو نکات متذکر شده قبلی را رعایت نموده است؟

۴- آیا دانشجو در موعد مقرر قادر به دفاع از پایان نامه خود می باشد؟  
 بلی  خیر - نیاز به یک ترم سنوات دارد

۵- مشکلات روند اجرائی کار را ذکر فرمائید:

۶- پیشنهادات خود را جهت ارتقای کیفی روند اجرائی کار تحقیقاتی این پایان نامه مرقوم فرمائید:

۷- آیا این پایان نامه قابلیت تبدیل به طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه را دارد؟  
 خیر  بلی- هنوز برای شورای پژوهشی دانشگاه ارسال نگردیده است.  بلی - به تصویب رسیده است

۸- در ارتباط با اخذ پذیرش مقاله تهیه شده از نتایج این پایان نامه چه اقدامی شده است؟

نام و نام خانوادگی استاد راهنما :

امضاء و تاریخ تکمیل :

• (ج) این قسمت توسط مدیر گروه تکمیل می گردد:

۱. وضعیت فعلی دانشجو مورد قبول است؟

بلی

خیر

ر - عا \_\_\_\_\_ ت آن را ذک \_\_\_\_\_ ر فرمائید :

۲. میزان مشارکت استاد راهنما و دانشجو چقدر بوده است؟

عالی

خوب  
 قابل قبول

۳. پیشنهادات خود را به دانشجو جهت ارتقای کیفی روند اجرایی کار تحقیقاتی این پایان نامه مرقوم فرمائید:

.....  
.....  
.....  
.....

۴. اقداماتی که از طرف آن مدیریت برای حل مشکلات ابراز شده توسط استاد راهنما انجام شده مرقوم فرمائید:

.....  
.....  
.....  
.....

۵. وضعیت دانشجو از نظر مقررات آموزشی چگونه است؟

مطلوب است

نیاز به سنوات دارد

با درخواست استاد راهنما در خصوص اعطای یک ترم سنوات :

موافقت می شود

موافقت نمی شود به علت :

.....  
.....  
.....  
.....

نام و نام خانوادگی مدیر گروه

امضاء و تاریخ تکمیل :

.....  
.....  
.....

• (د) این قسمت توسط کمیته تحصیلات تکمیلی دانشکده تکمیل می گردد:

۱- مراحل را که از این پایان نامه انجام شده است چگونه ارزیابی می کنید؟

عالی  بسیار خوب  خوب  متوسط  ضعیف

۲- آیا مشکلات احتمالی مطروحه در فرم یا فرم های تکمیل شده قبلی پیگیری گردیده است؟

بلی  خیر- علت آن را ذکر فرمائید:

.....  
.....  
.....

۳- پیشنهادات کمیته را جهت ارتقای کیفیت کار انجام شده در این پایان نامه برای نیل به اهداف تصویب شده مرقوم فرمائید:

۴- وضعیت دانشجو از نظر مقررات آموزشی چگونه است؟

مطلوب است

نیاز به سنوات دارد

با درخواست مدیر گروه در خصوص اعطای یک ترم سنوات :

موافقت می شود

موافقت نمی شود به علت :

معاون آموزشی دانشکده  
امضاء و تاریخ تکمیل : .

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده:  
سمت: مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده  
امضاء و تاریخ تکمیل :