**دانشگاه علوم پزشکی .............**

 **قابل توجه: تمامی مکاتبات وزارت بهداشت بر اساس کپی اطلاعات درج شده در جدول ذیل می‌باشد. لطفاً در تکمیل اطلاعات دقت فرمایید.**

|  |
| --- |
| **جدول 3- اطلاعات گزارش نهایی و پایان کار سربازنخبه** |
| **سربازنخبه** | **نام و نام خانوادگی** |  |
| **کد ملی** |  |
| **مقطع تحصیلی** |  |
| **رشته تحصیلی** |  |
| **دانشگاه محل تحصیل** |  |
| **دانشگاه محل خدمت** |  |
| **تلفن همراه و ایمیل** |  |
| **استاد راهنما** | **نام و نام خانوادگی** |  |
| **افیلیشن** |  |
| **لاین تحقیقاتی** |  |
| **عنوان پروپوزال مصوب** |  |
| **مرکز تحقیقات** |  |
| **تاریخ تصویب پروپوزال** |  |
| **تاریخ شروع دوره‌ی سربازنخبگی** |  |
| **تاریخ پایان دوره‌ی سربازنخبگی** |  |