



گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

فرم تصویب عنوان پروژه کارشناسی

نام و نام خانوادگی دانشجو / دانشجویان:

شماره دانشجویی:

موضوع پروژه:

استاد راهنما:

استاد مشاور:

تاریخ تصویب:

امضای اعضای گروه: