

**دانشگاه علوم پزشكي ایلام**

**نام دانشكده**

**پايا ن نامه (كارشناسي ارشد،دکتری تخصصی یا دکتری حرفه ای):نام رشته**

**عنوان پايان نامه:**

دانشجو:

استاد و يا اساتيد راهنما:

استاد یا اساتید مشاور:

زمان برگزاری:

مکان برگزاری: