

بسمه تعالی

شماره:

تاریخ:

فرم تشویقی کتاب

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مراغه

	مشخصات متقاضی تشویقی کتاب:
	نام و نام خانودگی:
	نشانی (Affiliation) درج شده در کتاب

	مشخصات کتاب
	عنوان کتاب
	انتشارات
	تاریخ انتشار

	حساب بانکی
	نام بانک، شعبه و شماره حساب نویسنده کتاب

	کارشناس پژوهشی دانشکده
امضاء و مهر امور پژوهشی	محاسبات کارشناس
	مبلغ قابل پرداخت (ریال):

معاون پژوهشی
امضاء

مدیر پژوهشی
امضاء

درخواست کننده
امضاء