



فرم درخواست حمایت مقالات در کنگره های داخلی

ریاست محترم دانشکده یا معاونت محترم یا معاونت محترم شبکه
معاونت محترم پژوهشی مرکز تحقیقات یا مدیریت محترم شبکه
با سلام و احترام

باعنایت به ارائه مقاله اینجانب به عنوان ارائه دهنده به صورت
تحت عنوان: در کنگره بین المللی / ملی
در شهر در تاریخ که از طرح تحقیقاتی
مصوب دانشکده / مرکز و یا استخراج گردیده است. به پیوست مستندات کپی
صفحات چاپ شده با آدرس دقیق دانشگاه به عنوان اولین Affiliation محقق درخواست کننده + کپی گواهی ارائه
مقاله به صورت پوستر یا سخنرانی + بلیط رفت و برگشت جهت کنگره های خارجی ارسال می گردد. خواهشمند
است دستور ارسال نامه فوق به معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه جهت طرح در شورای پژوهشی و حمایت
مطابق آئین نامه را صادر فرمایید. لازم به ذکر است اینجانب بابت این مقاله از هیچ شخص یا موسسه ای مورد
حمایت مالی قرار نگرفتم و برای بار اول یا در کنگره در سال جاری شرکت نمودم .

در مقاله حاصل از طرح تحقیقاتی مصوب بایستی آدرس مرکز تحقیقات یا دانشکده مربوطه که طرح در آنجا
تصویب شده قید گردد و درخواست حمایت مربوطه نیز به همراه مستندات از طریق همان واحد ارسال گردد.
تذکر: با عنایت به نامه ارسالی از معاونت تحقیقات و فناوری وزارت مبنی بر یکسان سازی آدرس دانشگاه ها علوم
پزشکی و براساس مصوبه صورتجلسه ۸۹/۱۱/۴ و ۹۴/۳/۱۱ و ۹۶/۱/۲۹ شورا، موضوع استفاده از Affiliation
دانشگاه (.....، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، ... یا Golestan University of Medical Sciences, ...) ،
مقرر گردید اعضای محترم هیات علمی ، محققین ، دانشجویان و کارکنان دانشگاه در صورتی می توانند از
Affiliation دانشگاه در مقالات چاپ شده یا ارائه شده در کنفرانس ها و همایش های داخلی و خارجی استفاده
نمایند که طرح تحقیقاتی مصوب مربوط به داده های ارائه شده وجود داشته باشد در غیر این صورت بایستی پس از
تدوین مقاله و قبل از چاپ یا ارائه ، مجوز معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه اخذ گردد.

همچنین لازم به ذکر است که تمامی حمایت های آورده شده در ماده فوق تنها در صورتی قابل پرداخت خواهد
بود که نویسنده درخواست کننده حمایت و مورد حمایت (مسئول یا اول یا نویسنده دوم به بعد) نام یکی از مراکز
تحقیقاتی دانشگاه، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه و واحد حمایت توسعه تحقیقات بالینی دانشگاه را بعنوان
آدرس سازمانی (Affiliation) اول خود ذکر کرده باشد (مقالاتی که مصوب واحدهای ذکر شده نمی باشد انتخاب
آدرس به اختیار نویسنده و با توجه به ارتباط موضوعی می باشد). در غیر این صورت و ذکر تنها آدرس دانشگاه علوم
پزشکی گلستان ۵۰ درصد فوق پرداخت خواهد شد.

شماره حساب و نام بانک و شعبه (شماره کارت قابل قبول نیست و درخواست حذف خواهد شد)

شماره تماس

کد ملی

امضاء محقق (ارسال اصل درخواست به معاونت) و تاریخ