


بسمه تعالی

کد مدرک ۰۸	فرم بررسی اعتبار ابزار	 <p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل دانشکده پرستاری و مامائی فاطمه زهرا (س) رامسر</p>
------------	------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

استاد محترم جناب آقای / سرکار خانم

با سلام

احتراما با توجه به انتخاب جنابعالی به عنوان داور بررسی اعتبار ابزار خانم/آقای ----- دانشجوی رشته پرستاری

سالمندی/ داخلی جراحی ضمن ارسال خلاصه بیان اهداف و روش اجرا پژوهش و تعاریف نظری و عملیاتی ، فرم داوری ابزار

نیز به پیوست تقدیم می گردد.

نام و نام خانوادگی مسئول تحصیلات تکمیلی دانشکده:

نام و نام خانوادگی استاد راهنما:

امضاء