



فرم درخواست حمایت مقالات چاپی

ریاست محترم دانشکده یا معاونت محترم یا یا

معاونت محترم پژوهشی مرکز تحقیقات یا مدیریت محترم شبکه

با سلام و احترام

باعنایت به چاپ مقاله اینجانب به عنوان نویسنده و سایر همکاران
تحت عنوان: در مجله

ایندکس شده در (کپی ایندکس همان شماره ضمیمه می باشد) و دارای IF 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 + ایندکس همان شماره از مجله + کپی چکیده مقاله چاپ شده در سایت
مربوطه 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.

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

*کدملی

*امضاء محقق (ارسال اصل درخواست به معاونت) و تاریخ