



دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آبادان

فرم درخواست پاداش مقالات چاپ شده

۱- مشخصات نویسنده:
نام و نام خانوادگی: گروه آموزشی:
هیات علمی غیر هیات علمی سمت:
آدرس منزل یا محل کار:
تلفن تماس: آدرس پست الکترونیکی:

۲- نام مجله و شماره شاپا (ISSN):

۳- عنوان مقاله:

۴- زمان انتشار مقاله به میلادی/شمسی (بر اساس ماه و سال):

۵- مجله در کدام بانک اطلاعاتی ثبت شده است؟ کپی صفحه ای که نمایه مجله در آن ذکر شده است الزامی است.

IF: نمایه ISI و در صورت داشتن، Impact Factor ذکر گردد.

نمایه PubMed-Medline

نمایه Scopus

نمایه Embase, Chemical Abstract, Biological Abstract, PsychInfo, CINAHL, Current Content

سایر نمایه ها ISC, Index Copernicus, Ulrich's, ...

۶- مقاله حاصل کدامیک از فعالیت های ذیل است:

الف) منتج از طرح پژوهشی مصوب دانشکده علوم پزشکی آبادان با عنوان.....

..... و کد ()

ب) منتج از طرح پژوهشی دانشجویی با عنوان..... کد ()

استاد راهنما نام دانشجو و رشته تحصیلی:

ج) سایر موارد:

۷- اینجانب تعهد می نمایم سهم دیگر نویسندگان (با وابستگی سازمانی صحیح دانشکده علوم پزشکی آبادان) را به نحو شایسته پرداخت نمایم.

امضاء:

نام و نام خانوادگی نویسنده مقاله:

تاریخ:

کد ملی:

شماره حساب بانک ملت: