

**دانشکده علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني آبادان**

**فرم درخواست پاداش مقالات چاپ شده**

1. **مشخصات نویسنده مسئول (Corresponding Author) یا نویسنده اول:**

**نام و نام خانوادگی: ...................................................................... گروه آموزشی: ........................................**

**هیات علمی غیر هیات علمی سمت:..............................................**

**آدرس منزل یا محل کار: ........................................................................**

**تلفن تماس: ............................................................... آدرس پست الکترونیکی: ............................................................**

1. **نام مجله و شماره شاپا :(ISSN)**

1. **عنوان مقاله:**

1. **زمان انتشار مقاله به میلادی/شمسی (بر اساس ماه و سال):**

1. **مجله در كدام بانك اطلاعاتي ثبت شده است ؟‌ کپی صفحه ای که نمایه مجله در آن ذکر شده است الزامی است.**

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

**نمایه PubMed-Medline**

**نمایه Scopus**

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

**سایر نمایه ها**

1. **مقاله حاصل كداميك از فعاليت هاي ذيل است :**

**الف) منتج از طرح پژوهشي 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:**

1. **اينجانب تعهد مي نمايم سهم ديگر نويسندگان(با وابستگی سازمانی صحیح دانشکده علوم پزشکی آبادان) را به نحو شايسته پرداخت نمايم.**

**تاريخ : نام و نام خانوادگي نويسنده مقاله: امضاء:**

**شماره حساب بانک ملت: کد ملی:**