**فرم تقاضای حق التالیف مقالات چاپ شده با Affiliation دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه**

1. **مشخصات نویسنده مسئول/ اولین نویسنده عضو دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه**

**عضو هیئت علمی عضو غیر هیئت علمی**

**دانشگاه/ دانشکده.................................نام و نام خانوادگی................................. گروه و رشته آموزشی................................**

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

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

**شماره حساب و نام بانک:.................**

 **مشخصات مقاله و مجله:**

**الف) عنوان مقاله (به فارسی)...............................................................................................................................................**

**عنوان مقاله (به انگلیسی)** ...................................................................................................

 **ب)نام مجله: ................................................ سال چاپ مقاله.......................**

**د)نوع مقاله:**

 **Original Article/ Systematic Review/Review Article/ Meta-analysis**

**Short Communication/Rapid Communication/Brief Communication /Case Series/ Proceeding Papers**

**Case Report/Research Letter/ Letter To Editor**

نظا

1. **مقاله در کدامیک از گروه های زیر نمایه شده است؟**

**گروه 1) نشریات بین المللی نمایه شده درISI**

**گروه 2) نشریات بین المللی نمایه شده در Medline, Pub Med**

**گروه 3) نشریات بین المللی نمایه شده درScopus**

**گروه 4)نشریات علمی پژوهشی**

**گروه 5) مقالات چاپ شده در مجله طنین سلامت**

نظا

**در صورتیکه مقاله پیوست در ISI ایندکس می گردد آخرین Impact Factor مجله را ذکر نمایید:.............................**

 **4- مقاله حاصل کدامیک از فعالیت های ذیل می باشد:**

**- پایان نامه دانشجویی:مقطع لیسانس فوق لیسانس دکتری**

نظا

نظا

نظا

**- طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه با شماره قرارداد ...............................و کد............................. عنوان..............**

**5- آیا در مقاله Affiliation دانشگاه بدرستی ذکر شده است؟ بلی خیر**

نظا

**بدینوسیله اعلام می دارم که کلیه مطالب فوق صحیح می باشد.**

 **محل امضاء(نام و نام خانوادگی) تاریخ**

**پس از تکمیل فرم تقاضا، تصویر مقاله چاپ شده در مجله به همراه تصویر جلد مجله را ضمیمه و به مدیریت پژوهشی دانشگاه ارسال نمایید.**

|  |
| --- |
| **فرم تایید مقالات چاپ شده با Affiliation دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه جهت پرداخت حق التالیف** |

**با توجه به بررسی ­نهایی فرم تقاضای حق التالیف آقا/ خانم..................... و تایید مقاله نویسندگان مبلغ .............................................. ریال به عنوان حق التالیف مقاله به نویسنده مسئول/ اولین نویسنده عضو دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، بر اساس آیین نامه مصوب هیئت امنا(ماده2) به جناب آقا/خانم.......................................قابل پرداخت می باشد.**

 معاونت آموزشی و پژوهشی مدیر پژوهش

 دکتر حسن اژدری زرمهری سرکار خانم حسینی