**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان**

**کتابخانه دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی**

**فرم اعلام نیاز اطلاعاتی**

**کاربر محترم** به منظور پاسخگویی سریع و صحیح به نیاز اطلاعاتی سرکارعالی/جنابعالی خواهشمند است اطلاعات مورد نیاز در این فرم را با کمال دقت از طریق ارسال به پست الکترونیک library@mng.mui.ac.ir در **اختیار کتابدار بخش مرجع** قرار دهید.

نام و نام خانوادگی:

سمت: هیئت علمی: کارمند:  دانشجو: 

مقطع تحصیلی:

رشته تحصیلی:

آدرس پست الکترونیک معتبر جهت ارسال منابع اطلاعاتی:

محل کار یا تحصیل:

شماره تلفن همراه:

تاریخ درخواست:

**این قسمت توسط متقاضی تکمیل گردد**

1. لطفاً موضوع مورد نظر خود جهت جستجوی اطلاعاتی را دقیق و کامل بنویسید.
2. کلیدواژه های اصلی مورد نظر خود را به زبان فارسی و انگلیسی بنویسیید.

کلیدواژه ها به زبان فارسی:

کلیدواژه ها به زبان انگلیسی:

1. زبان مورد نظر برای جستجوی منابع اطلاعاتی را مشخص فرمایید:

فارسی  انگلیسی  غیره(لطفاً ذکر فرمایید)

1. محدوده زمانی مورد نظر برای جستجوی منابع اطلاعاتی را مشخص فرمایید.
2. نوع ماده اطلاعاتی مد نظر خود را مشخص فرمایید.

مقاله  کتاب  پایان نامه  خلاصه مقاله کنفرانس سایر

1. چنانچه به نوع خاصی از مقاله نیازمندید لطفاً مشخص فرمایید.

مقاله مروری مقاله پژوهشی اصیل گزارش مورد کارآزمایی بالینی نامه به سردبیر 

سایر(لطفاً ذکر فرمایید)

1. چنانچه به نوع اطلاعات خاصی از مقاله نیازمندید لطفاً مشخص فرمایید.

چکیده تمام متن اطلاعات کتابشناختی

1. چنانچه پایگاه اطلاعاتی خاصی را برای جستجوی اطلاعات مدنظر دارید نام پایگاه را ذکر فرمایید.
2. سایر نیاز های اطلاعاتی:...................................................

**این قسمت توسط کتابدارمشاور اطلاعات سلامت تکمیل گردد**

نام جستجوگر: تعداد منابع بازیابی شده:

تاریخ جستجو: پایگاه ها و سایت های استفاده شده در جستجو: