АО «ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»

УДК На правах рукописи

ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО

**Название магистерской диссертации/проекта**

Шифр и наименование образовательной программы

Магистерская диссертация/проект на соискание академической степени магистра медицинских наук/магистр здравоохранения

Научный руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Научный консультант\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(при наличии)*

Город, год