



دانشکده پزشکی

شماره:

تاریخ:

پوست:

فرم شماره ۲۲: فرم شرکت در جلسات دفاعیه پایان نامه ها

رشته و گرایش تحصیلی		نام و نام خانوادگی دانشجو:	
امضاء کارشناس تحصیلات تکمیلی	عنوان پایان نامه	ساعت و تاریخ	ردیف
			۱
			۲
			۳
			۴
			۵
دانشجوی مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده		بدینوسیله تایید میگردد که آقای / خانم در جلسات دفاعیه فوق شرکت نموده است.	