



دانشکده پزشکی

شماره:

تاریخ:

پرست:

فرم شماره ۱۸۵: وقت برگزاری جلسه دفاع نهایی از پایان نامه

مدیر محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده

با سلام

احتراما، بر اساس هماهنگی به عمل آمده با اساتید محترم راهنما و مشاور، داوران محترم گروه و نماینده محترم پژوهشی، تاریخ ذیل جهت برگزاری جلسه دفاع از پایان نامه تقدیم می گردد.

عنوان پایان نامه:

نام و نام خانوادگی دانشجو: امضای دانشجو:

تاریخ و ساعت برگزاری جلسه دفاعیه:

محل برگزاری:

نام و نام خانوادگی و امضا	نام و نام خانوادگی و امضاء اساتید راهنما و مشاور، داوران و نماینده مدیریت پژوهشی مبنی بر تایید زمان جلسه دفاع
	استاد راهنما
	استاد مشاور
	استاد مشاور آمار
	اساتید داور
	نماینده مدیریت تحصیلات تکمیلی

برگزاری جلسه دفاع نهایی بلامانع می باشد.

امضا مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده