



دانشکده پرستاری و مامایی

شماره:

تاریخ:

پوست:

فرم شماره ۸: فرم شرکت در جلسات دفاعیه پایان نامه‌ها

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



دانشکده پرستاری و توانایی

شماره:

تاریخ:

پرونده:

[Empty rectangular box for student information]