



دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران
دانشکده پیراپزشکی

تاریخ:

شماره:

پیوست:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

دانشکده پیراپزشکی

فرم شماره ۳

دفاع از پایان نامه

مدیر محترم گروه آموزشی دانشکده

بدینوسیله به استحضار میرساند که پایان نامه خانم / آقای دانشجوی مقطع دکتری / کارشناسی ارشد رشته با عنوان طبق طرح پیشنهادی، انجام و نگارش آن با توجه به ضوابط دانشکده به اتمام رسیده و مورد مطالعه و بررسی کامل قرار گرفته است. خواهشمند است نسبت به تعیین روز، ساعت و محل دفاع طبق ضوابط هماهنگی لازم مبذول فرمایید.

استاد/اساتید راهنما و مشاور

۳- نام و نام خانوادگی

۱- نام و نام خانوادگی

امضاء

امضاء

۴- نام و نام خانوادگی

۲- نام و نام خانوادگی

امضاء

امضاء

سرپرست محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده

با احترام، با توجه به موافقت استاد / اساتید راهنما، تاریخ دفاع پایان نامه فوق: ساعت روز مورخ پیشنهاد می گردد. لطفا اقدام لازم را معمول فرمایید.

امضاء

مدیر محترم گروه آموزشی

نام و نام خانوادگی

معاون محترم آموزشی دانشکده

با احترام، با توجه به نظر استاد / اساتید راهنما و مدیر گروه آموزشی مربوطه موافقت خود را با از دفاع پایان نامه خانم / آقای در روز: ساعت و تاریخ تعیین شده اعلام می دارم. مقاله در مجلات ISI پذیرش / چاپ شده است.

امضاء

سرپرست تحصیلات تکمیلی

نام و نام خانوادگی

رئیس محترم اداره آموزش دانشکده

با احترام، مراتب در جلسه مورخ کمیته تحصیلات تکمیلی دانشکده مطرح و مورد موافقت قرار گرفت. خواهشمند است نتیجه را به دانشجوی مربوطه اعلام فرمایید.

امضاء

معاون آموزشی دانشکده

نام و نام خانوادگی