


بسمه تعالی

کد مدرک و شماره بازنگری: AE-FR-۰۸۸/۰۰	شناسنامه بیان دانشجویان دکتری در زمان پیش دفاع	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران
--	---	--

- تکمیل این فرم توسط مدیر گروه مربوطه جهت پیش دفاع نهایی الزامی می باشد و در صورت هرگونه بدهی به گروه ، پیش دفاع به بعد از انجام کارآموزی موکول خواهد شد.

نام و نام خانوادگی دانشجو: سال ورود:
گروه: استاد راهنما:

گزارش فعالیت کارآموزی

بدهی	ملاحظات		میزان کارکرد	سال تحصیلی	ردیف
	ندارد	دارد			

- مطالب فوق مورد تایید اینجانب می باشد. امضا مدیر گروه مربوطه

نظریه نهایی:

- انجام پیش دفاع نهایی رساله دانشجو بلامانع است.

امضاء مدیر آموزشی