


بسمه تعالی

کد مدرک و شماره بازنگری: AE-FR-۰۸۴/۰۰	شناسنامه بیان دانشجویان دکتری در زمان دفاع نهایی	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران
--	---	--

تکمیل این فرم توسط مدیر گروه مربوطه جهت دفاع نهایی الزامی می باشد و در صورت هرگونه بدهی به گروه ، دفاع نهایی 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	
				دارد	ندارد

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

نظریه نهایی:

انجام دفاع نهایی رساله دانشجو بلامانع است.

امضاء مدیر آموزشی دانشکده

امضاء معاون آموزشی دانشکده