


کد مدرک و شماره بازنگری: AE-FR-005/00	درخواست تعیین وقت برای برگزاری جلسه دفاع نهایی از پایان نامه ارشد	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران دانشکده پرستاری و مامایی
-------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

مدیر محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده

احتراماً، بر اساس هماهنگی به عمل آمده با اساتید راهنما و مشاور، داوران محترم و نماینده تحصیلات تکمیلی، تاریخ/ تاریخ های پیشنهادی ذیل جهت بررسی و تعیین تاریخ و ساعت برگزاری جلسه دفاع از رساله تقدیم می گردد.

عنوان پایان نامه:

کارشناس مسئول تحصیلات تکمیلی

نام و نام خانوادگی دانشجو

نام و نام خانوادگی و امضاء اساتید راهنما و مشاور، داوران و نماینده تحصیلات تکمیلی مبنی بر تایید زمان پیشنهادی	
استاد راهنما:	استاد داور:
استاد مشاور:	استاد داور:
استاد مشاور آمار:	نماینده تحصیلات تکمیلی:

تاریخ و ساعت برگزاری:

محل برگزاری:

امضاء مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده