|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| كد مدرك و شماره بازنگري: **AE-FR-006/01** | **درخواست تعيين وقت براي برگزاري جلسه دفاع از رساله دكتري** | دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي‌،درماني تهراندانشكده پرستاري ومامايي  |

**بسمه تعالی**

سرپرست امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی :

**احتراماً، بر اساس هماهنگي به عمل آمده با اساتيد راهنما و مشاور و داوران محترم، تاريخ/ تاريخ هاي پيشنهادي ذيل جهت بررسي و تعيين تاريخ و ساعت برگزاري جلسه دفاع از رساله تقديم مي گردد.**

**عنوان رساله:**

**نام و نام خانوادگي دانشجو:** تایید كارشناس دوره تحصيلات تكميلی:

|  |
| --- |
| **نام ونام خانوادگي و امضاء اساتيد راهنما و مشاور و داوران مبني بر تاييد زمان پيشنهادي** |
| **استاد راهنما:****استاد راهنما:** | **استاد داور داخلي:****استاد داور داخلي:** |
| **استاد مشاور:****استاد مشاور:** | **استاد داورخارجي:****استاد داورخارجي:** |
| **استاد مشاورآمار:** | **نماينده ثابت تحصيلات تكميلي:** |

**تاريخ وساعت برگزاري:**

**محل برگزاري:**

امضاء سرپرست امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی