بسمه تعالی

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| كد مدرك و شماره بازنگري: **AE-FR-00/088** | شناسنامه بیلان دانشجویان دکتری در زمان پیش دفاع | دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي‌،درماني تهراندانشكده پرستاري ومامايي  |

* **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**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **سال تحصیلی** |  | **ملاحظات** | **بدهی** |
| **میزان کارکرد** | **دارد** | **ندارد** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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

نظريه نهايي:

* **انجام پیش دفاع نهایی رساله دانشجو بلامانع است.**

امضاء سرپرست امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی