|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| كد مدرك و شماره بازنگري:  **AE-FR-099/00** | فرم شرکت در جلسات دفاع | دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي‌،درماني تهران  دانشكده پرستاري ومامايي |

بسمه تعالی

نام و نام خانوادگی دانشجو : ....................................... ورودی: ................... رشته / گرایش: .......................

تاریخ دفاع از پروپوزال : .................................

جلسات دفاع از پروپوزال

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **این جدول قبل از دفاع پروپوزال دانشجو تکمیل می شود.** | | | |
| **نام و نام خانوادگی** | **عنوان پروپوزال** | **تاریخ دفاع** | **امضای مدیر گروه** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

جلسات دفاع نهایی

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **این جدول در مرحله پژوهشی دانشجو تکمیل می شود.** | | | |
| **نام و نام خانوادگی** | **عنوان پایان نامه** | **تاریخ دفاع** | **امضای ناظر تحصیلات تکمیلی** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

امضاء سرپرست امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی

* دانشجوی محترم لازم به ذکر است بنا بر مصوبه جلسه 263 مورخ 16/11/1403 جهت دفاع نهایی می بایست این فرم تکمیل و همراه با مدارک الزامی دفاع به کارشناس تحصیلات تکمیلی ارائه گردد.
* یادآور می شود تکمیل تمام قسمتهای مشخص شده الزامی و در صورت عدم تکمیل کامل فرم از پذیرفتن آن معذوریم.