

فرم شماره ۹- تعیین تاریخ دفاع

گواهی می شود که خانم/آقای..... به شماره دانشجویی..... مراحل
مختلف پایان نامه خود با عنوان ".....
..... را به اتمام رسانده است و دفاع از پایان نامه نامبرده از نظر اینجانب بلامانع می باشد.

امضاء استاد راهنما:

امضاء استاد مشاور:

امضاء استاد آمار:

گواهی می شود که سرکار خانم/جناب آقای..... به شماره دانشجویی..... دانشجو
کلیه واحدهای درسی را به اتمام رسانیده است.

اداره آموزش دانشکده دندانپزشکی

مراتب فوق مورد تأیید است و تاریخ دفاع از پایان نامه برای ساعت..... روز..... به تاریخ.....
..... اعلام می گردد.

لیست داوران

➡ رئیس هیئت داوران:

➡ معاونت / نماینده معاونت تحقیقات و فناوری:

➡ استاد راهنما اول:

➡ عضو :

➡ عضو:

➡ عضو:

➡ استاد مشاور:

باتشکر

معاون تحقیقات و فناوری دانشکده دندانپزشکی