



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان

دانشکده دندانپزشکی

فرم شماره ۹- تعیین تاریخ دفاع

گواهی می شود که خانم/آقای..... به شماره دانشجویی..... دستیار تخصصی رشته 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..... دستیار تخصصی رشته کلیه واحدهای درسی را به اتمام رسانیده است.

اداره آموزش دانشکده دندانپزشکی

چاپ یک مقاله علمی پژوهشی

برگه سابمیت مقاله منتج از پایان نامه

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

لیست داوران

☞ رئیس هیئت داوران:

☞ معاون/ نماینده معاونت آموزشی:

☞ استاد راهنما اول:

☞ استاد راهنما دوم:

☞ معاون/ نماینده معاونت تحقیقات و فناوری:

☞ معاون آموزشی تخصصی و تحصیلات تکمیلی/ نماینده دانشکده:

☞ سرپرست/ نماینده آموزشی تخصصی و تحصیلات تکمیلی گروه:

☞ مدیر گروه/ نماینده مدیر گروه:

☞ عضو:

☞ عضو:

باتشکر

☞ استاد مشاور:

معاون تحقیقات و فناوری دانشکده دندانپزشکی