



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان
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 جهت دفاع از پایان نامه خدمت شما معرفی می گردد.

سرپرست تخصصی گروه آموزشی

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:

باتشکر

☞ استاد مشاور:

معاون تحقیقات و فناوری دانشکده دندانپزشکی