



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی دزفول
معاونت آموزش، تحقیقات و فناوری
دانشکده پیراپزشکی

دانشکده پیراپزشکی
واحد تحصیلات تکمیلی

فرم درخواست تعیین وقت برای برگزاری جلسه دفاع پروپوزال و دفاع نهایی پایان نامه

سرکار خانم دکتر / جناب آقای دکتر

مدیر محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده پیراپزشکی

احتراماً، براساس هماهنگی به عمل آمده با اساتید راهنما و مشاور و داوران محترم، تاریخ پیشنهادی جهت
برگزاری جلسه دفاع پروپوزال / گزارش پیشرفت / دفاع پایان نامه تقدیم می گردد.

نام و نام خانوادگی دانشجو:

رشته / مقطع:

عنوان پایان نامه

نام و نام خانوادگی و امضا اساتید راهنما و مشاور و داوران مبنی بر تایید زمان پیشنهادی	
استاد راهنما:	استاد داور داخلی:
استاد راهنما:	استاد داور داخلی:
استاد مشاور:	استاد داور خارجی:
استاد مشاور:	استاد داور خارجی:

امضاء دانشجو