



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

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی_ درمانی دزفول

دانشکده پیراپزشکی

شماره.....
تاریخ.....
پیوست.....
شماره پرونده.....

فرم شرکت دانشجوی در جلسات دفاع از پایان نامه

دانشجوی محترم: خواهشمند است جهت تعیین وقت دفاع از مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده پیراپزشکی، فرم زیر را به صورت تکمیل شده تحویل دهید. لازم به ذکر است حداقل شرکت در ۵ جلسه دفاع دانشجویان (هم مقطع) ضروری می باشد

ردیف	نام و نام خانوادگی دانشجوی شرکت کننده	نام و نام خانوادگی مقطع تحصیلی	عنوان پایان نامه	تاریخ و ساعت دفاع	امضاء و مهر مدیر تحصیلات تکمیلی
۱					
۲					
۳					
۴					

						5
--	--	--	--	--	--	---