



دانشگاه علوم پزشکی تهران
دانشکده بهداشت

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

دانشکده بهداشت

معاونت آموزشی

« فرم درخواست مجوز دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد »

جناب آقای / سرکار خانم

مدیر محترم گروه

با سلام و احترام

به اطلاع می رساند پایان نامه خانم / آقای دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد رشته

تحت عنوان :

توسط استاد(اساتید) راهنما و مشاورین به شرح ذیل بررسی و مطالعه گردیده و صحت مطالب پایان نامه و نیز تطابق آن با محتویات پروپوزال ثبت شده دانشجو مورد تأیید و پایان نامه آماده طرح در جلسه دفاع می باشد.

نام و نام خانوادگی استاد راهنمای اول	نام و نام خانوادگی استاد راهنمای دوم
امضاء : تاریخ :	امضاء : تاریخ :
نام و نام خانوادگی استاد مشاور اول	نام و نام خانوادگی استاد مشاور دوم
امضاء : تاریخ :	امضاء : تاریخ :
نام و نام خانوادگی نماینده آموزشی گروه	
امضاء : تاریخ :	

اداره آموزش دانشکده بهداشت

با توجه به تأیید اساتید راهنما و مشاوران پایان نامه فوق، خواهشمند است نسبت به صدور مجوز برگزاری جلسه دفاع برای جناب آقای / سرکار خانم با حضور داوران پیشنهادی زیردر موعده مقرر اقدام لازم بعمل آورید .

نام و نام خانوادگی داوران پیشنهادی (حداقل ۲ داور پیشنهاد گردد) :

۱- ۲-

نام خانوادگی و امضای مدیر گروه

تاریخ :



دانشگاه علوم پزشکی تهران
دانشکده بهداشت

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

دانشکده بهداشت

معاونت آموزشی

مصوبه شورای آموزشی دانشکده

درخواست دفاع از پایان نامه جناب آقای / سرکار خانم دانشجوی دوره کارشناسی ارشد رشته

..... در جلسه مورخ شورای آموزش دانشکده

مطرح و ضمن انتخاب اساتید زیر به عنوان داور و نماینده آموزشی گروه مورد موافقت قرار گرفت .

۱- ۲- ۳- نماینده آموزشی

امضای کارشناس معاونت آموزشی	امضای معاون آموزشی دانشکده بهداشت
-----------------------------	-----------------------------------

معاونت محترم آموزشی دانشکده بهداشت

بدینوسیله اینجانبان اعضای هیئت داوران جلسه دفاع از پایان نامه جناب آقای / سرکار خانم دانشجوی

دوره کارشناسی ارشد رشته موافقت خود را با برگزاری جلسه دفاع نامبرده در روز

مورخ ساعت در محل اعلام می داریم.

نام خانوادگی استاد راهنمای اول امضاء : تاریخ :	نام خانوادگی استاد راهنمای دوم امضاء : تاریخ :
نام خانوادگی استاد مشاور اول امضاء : تاریخ :	نام خانوادگی استاد مشاور دوم امضاء : تاریخ :
نام خانوادگی نماینده آموزشی گروه امضاء : تاریخ :	
نام خانوادگی استاد داور اول امضاء : تاریخ :	نام خانوادگی استاد داور دوم امضاء : تاریخ :