



دانشکده پزشکی

شماره:.....

تاریخ:.....

پرست:.....

فرم شماره 22: فرم شرکت در جلسات دفاعیه پایان نامه ها

رشته و گرایش تحصیلی		نام و نام خانوادگی دانشجو:	
امضاء کارشناس پژوهشی	عنوان پایان نامه	ساعت و تاریخ	ردیف
			۱
			۲
			۳
			۴
			۵
دانشجوی مدیر پژوهشی دانشکده		بدینوسیله تایید میگردد که آقای /خانم در جلسات دفاعیه فوق شرکت نموده است.	