



دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آبادان

دانشکده پزشکی

فرم شماره ۸: درخواست تعیین تاریخ دفاع

احتراماً، اینجانب ..... دانشجوی رشته ..... مقطع ..... به شماره دانشجویی .....

..... آمادگی خود را برای دفاع از پایان نامه تحت عنوان .....

..... اعلام می نمایم. خواهشمند است در صورت موافقت مراتب را تأیید فرمائید.

نام ، تاریخ و امضاء دانشجو .....

\*گواهی می شود مراحل مختلف پایان نامه نامبرده به اتمام رسیده است و دفاع از پایان نامه از نظر اینجانب بلامانع میباشد. ضمناً زمان ، مکان و داوران پیشنهادی جهت پایان نامه نامبرده بدین شرح اعلام میگردد.

(۱) تاریخ: ..... (۲) ساعت: ..... (۲) مکان: .....

(۳) هیئت داوران پیشنهادی:

(۱) ..... امضا

(۲) ..... امضا

(۳) ..... امضا

(۴) ..... امضا

تاریخ ، نام و امضای اساتید راهنما :

تاریخ ، نام و امضای مدیر گروه :

معاون محترم پژوهشی دانشکده پزشکی

بدینوسیله گواهی می شود دانشجوی نامبرده هیچگونه بدهی آموزشی ندارد .

نماینده پژوهشی دفاع : دکتر ..... (این قسمت توسط معاون پژوهشی دانشکده تکمیل گردد)

\*معاون آموزشی بیمارستان محل دفاع (برای دانشجویان پزشکی عمومی )

\*معاون آموزشی پزشکی عمومی دانشکده (برای دانشجویان پزشکی عمومی )

\* دانشجوی موظف است نسخه ای از پایان نامه (صحافی نشده) به همراه زمان و مکان جلسه دفاعیه حداقل دو هفته قبل از دفاع در اختیار معاونت پژوهشی دانشکده قرار دهد.

\* دانشجوی موظف حداقل یک هفته قبل از دفاع با درج آگهی در تابلو اعلانات زمان و مکان دفاع از پایان نامه را به اطلاع عموم برساند.

چنانچه از پایان نامه ، مقاله ای استخراج گردیده به همراه این فرم یک نسخه از مقاله تحویل حوزه پژوهشی گردد.