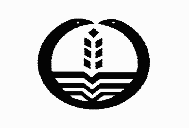
بسمه تعالی



**دانشگاه علوم پزشکی گیلان**

**دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت**

فرم شماره (15). درخواست تعيين وقت براي برگزاري جلسه دفاع نهایی دانشجويان دكتري

**مدير محترم گروه**

احتراماً، براساس هماهنگي به عمل آمده با اساتيد راهنما و مشاور و داوران محترم، تاريخ/ تاريخ هاي پيشنهادي ذيل جهت بررسي و تعيين تاريخ و ساعت برگزاري جلسه دفاع نهایی دانشجو آقا / خانم تقديم مي گردد.

**عنوان رساله:**

**نام و نام خانوادگي دانشجو : امضاء**

**تاريخ وساعت برگزاري :**

**محل برگزاري:** .

|  |  |
| --- | --- |
| **نام ونام خانوادگي و امضا اساتيد راهنما و مشاور و داوران مبني بر تاييد زمان پيشنهادي** | |
| **استاد راهنما:** | **استاد داور داخلي:**  **استاد داور داخلي:** |
| **استاد مشاور:**  **استاد مشاور :**    **استاد مشاور:**  **استاد مشاور:** | **استاد داورخارجي:**  **استاد داورخارجي:** |

🙝🙟🙝🙟🙝🙟🙝🙟🙝🙟🙝🙟🙝🙟🙝🙟🙝🙟🙝🙟🙝🙟🙝🙟

**تاريخ جلسه فوق مورد تاييد مي باشد.**

**امضاء مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده**