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**