



دانشگاه علوم پزشکی بابل

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی

و خدمات بهداشتی و درمانی بابل

**دانشکده پزشکی**

شماره: شماره  
تاریخ: تاریخ  
پیوست: پیوست

### صور تجلسه پیش دفاع

کارشناسی ارشد / دکتری عمومی / دکتری تخصصی / فوق تخصصی

عنوان و کد طرح :

نام و نام خانوادگی دانشجو:

نام استاد / اساتید راهنما:

نام استاد / اساتید مشاور:

جلسه پیش دفاع آقای / خانم

دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد / پزشکی عمومی / دکتری تخصصی و فوق تخصصی در تاریخ  
در گروه آموزشی بر گزار و مقرر گردید اصلاحات زیر در پایان نامه اعمال گردد  
و مورد تأیید استاد راهنما و در نهایت مدیر گروه و معاون پژوهشی مربوطه قرار گیرد.

موارد قابل اصلاح:

محل مهر و امضاء :

دانشجو:

استاد / اساتید راهنما:

استاد / اساتید مشاور:

مدیر گروه :

معاون پژوهشی :

داوران منتخب :