



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: برگزار 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:

مشاور آمار:

مدیر گروه:

معاون پژوهشی گروه:

داوران منتخب: