**دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد**، **دانشکده پرستاری و مامایی شهرکرد**

بسمه تعالی

**درخواست تعيين وقت برگزاری جلسه دفاع از پايان نامه ارشد**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| مدير محترم تحصيلات تکميلی : احتراماً ، بر اساس هماهنگی به عمل آمده با اساتيد راهنما و مشاور، داوران محترم و نماينده تحصيلات تکميلی ، تاريخ / تاريخ های پيشنهادی ذيل جهت بررسی و تعيين تاريخ و ساعت برگزاری جلسه دفاع از پایان نامه تقديم می گردد.عنوان پايان نامه :

|  |
| --- |
| نام و نام خانوادگی و امضاء اساتيد راهنما و مشاور ، داروان و نماينده تحصيلات تکميل مبنی بر تاييد زمان پيشنهادی |
| استاد راهنما : | استاد داور : |
| استاد مشاور : | استاد داور : |
| استاد مشاور آمار: | نماينده تحصيلات تکميلی: |

 تاريخ و ساعت برگزاری :محل برگزاری:   امضاء مدير تحصيلات تکميلی دانشکده: نام و نام خانوادگی دانشجو: کارشناس مسئول تحصيلات تکمیلی:  |