



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام

معاونت پژوهش دانشکده پزشکی

فرم برگزاری جلسه دفاع از پایان نامه

• لطفا این قسمت توسط اداره آموزش و معاون آموزش بالین دانشکده تکمیل گردد.

نام و نام خانوادگی دانشجو: شماره دانشجویی:
 احتراماً گواهی می شود دانشجو در نیمسال آخر تحصیل قرار دارد و مجاز به دفاع می باشد نمی باشد و نامبرده از نظر
 مقررات آموزشی منعی برای دفاع از پایان نامه ندارد دارد

امضاء معاون آموزش بالینی

امضاء مسئول آموزش دانشکده

امضاء کارشناس آموزش بالینی

• لطفا این قسمت توسط اداره پژوهش و معاون پژوهشی دانشکده تکمیل گردد.

معاون محترم پژوهشی دانشکده پزشکی

با سلام

بدینوسیله گواهی می شود مراحل اجرا، تدوین و نگارش پایان نامه خانم/ آقای دانشجوی رشته پزشکی
 باعنوان.....
 و کد اخلاق مطابق با پروپوزال انجام شده و مورد مطالعه و بررسی کامل
 اینجانبان قرار گرفته و آماده برگزاری جلسه دفاعیه می باشد.

ردیف	نام و نام خانوادگی	نقش	امضاء
۱		راهنمای اول	
۲		راهنمای دوم	
۳		مشاور	

بدینوسیله ضمن تأیید بررسی علمی و متدولوژیک پایان نامه به اطلاع می رساند مقرر گردیده رساله فوق پس از هماهنگی با
 معاونت پژوهشی دانشکده در در ساعت مورخ در محل با حضور اساتید
 محترم راهنما/مشاور و اساتید داور مورد دفاع قرار گیرد.

مهر و امضاء معاون پژوهشی دانشکده

امضاء کارشناس پژوهش