

دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

فرم تایید حضور دانشجویان دکتری در جلسات دفاع نهایی

توجه:این فرم پس از تکمیل به هنگام درخواست برگزاری جلسه دفاع به مدیریت پژوهش و فن آوری ارائه شود

|  |
| --- |
| نام ونام خانوادگی دانشجو:  |

|  |  |
| --- | --- |
| امضاء | جلسه دفاع نهایی دانشجو(نام و نام خانوادگی): تاریخ جلسه:عنوان پایان نامه:.............................................................................................................................................................. استادان راهنما:اینجانب .....................................................استــــاد ناظر ،تائید می نمایم که آقای/خانم ................................در این جلسه شرکت نموده است. |