E:\توسعه و ارزیابی تحقیقات\Research Vice Chanceller Logo.tif

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. |