



دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد  
دانشکده بهداشت

**معاون محترم پژوهشی و تحصیلات تکمیلی دانشکده**

سلام علیکم

احتراماً با توجه به هماهنگی به عمل آمده با اساتید راهنما و مشاور، داوران محترم و نماینده تحصیلات تکمیلی، تاریخ/ تاریخ های پیشنهادی ذیل جهت بررسی و تعیین تاریخ و ساعت برگزاری جلسه دفاع از رساله تقدیم می گردد.

عنوان پایان نامه: .....

امضای دانشجو:

نام و نام خانوادگی دانشجو:

تاریخ و ساعت برگزاری جلسه دفاع:

مکان برگزاری جلسه دفاع:

نام و نام خانوادگی و امضای اساتید راهنما و مشاور، داوران، ناظر و نماینده تحصیلات تکمیلی مبنی بر تأیید زمان جلسه دفاع پایان نامه	
	استاد راهنما:
	استاد مشاور اول:
	استاد مشاور دوم:
	استاد مشاور سوم:
	استاد مشاور چهارم:
	داور اول:
	داور دوم:
	نماینده تحصیلات تکمیلی:

