

شماره:
تاریخ:
پیوست:

بسمه تعالی
وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی هرمزگان



((صورتجلسه دفاع از پروپوزال دانشجویان کارشناسی ارشد))

فرم ب

نام و نام خانوادگی استاد راهنمای اول:

نام و نام خانوادگی استاد راهنمای دوم:

نام و نام خانوادگی اساتید مشاور:

نام و نام خانوادگی دانشجو:

عنوان پروپوزال:

تاریخ دفاع از پروپوزال:

پروپوزال مذکور در جلسه دفاع از پروپوزال با حضور اساتید گروه و اساتید مشاور و راهنما مطرح گردید و مورد تأیید قرار گرفت. در مواردی که پروپوزال پیشنهادی نیاز به اصلاحات داشته باشد، اشکالات برطرف شده و نماینده محترم تحصیلات تکمیلی آن را بررسی و اصلاحات را مورد تأیید قرار می دهند.

اسامی حاضرین در جلسه:

1. نماینده تحصیلات تکمیلی

2. داور:

3. داور:

4. استاد راهنمای اول

5. استاد راهنمای دوم

6.

7.

تأیید نهایی مدیر گروه:

