

شماره:
تاریخ:
پیوست:

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



فرم ج

((فرم داوری دفاع از پروپوزال کارشناسی ارشد))

الف) اطلاعات دانشجو

نام و نام خانوادگی:	شماره دانشجویی:	تاریخ دفاع:
موضوع پایان نامه:		

ب) اطلاعات داور

نام و نام خانوادگی	مرتبه علمی و تخصص	محل کار

محل درج اصلاحات پیشنهادی از سوی اساتید (در صورت نیاز از پشت صفحه استفاده نمائید):

امضاء داور:

بدینوسیله تأیید می گردد که اصلاحات ذکر شده توسط دانشجو انجام شده و از نظر اینجانب پروپوزال نامبرده تأیید می گردد.

امضاء نماینده تحصیلات تکمیلی:

امضای استاد راهنما: