**دانشگاه علوم پزشکی** و

خدمات بهداشتی درمانی**رفسنجان فرم درخواست دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد**

دانشکده بهداشت

**مدیر گروه محترم..............................**

پایان نامه خانم/ آقای .................................. دانشجوی رشته .................................. که در تاریخ.......................... در شورای تحصیلات تکمیلی

**تحت عنوان:** ........................................................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................................................................

تصویب گردیده آماده دفاع است و کیفیت علمی و صحت مطالب رساله فوق مورد تأیید می باشد. لذا خواهشمند است اقدامات مقتضی را در این خصوص مبذول فرمایید(یک نسخه از پایان نامه پیوست گردد)

عنوان مقاله ارسال شده ی مستخرج از پایان نامه و مشخصات مجله**:**

(مستندات از قبیل نامه ی ارسال ، متنEmailمجله و متن کامل مقاله تهیه شده همراه با امضای تأیید اساتید محترم راهنما و مشاور پیوست گردد)

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

نام و نام خانوادگی،تاریخ و امضاء استاد راهنمای اول نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضاء استاد راهنمای دوم

نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضاء استاد مشاور نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضاء استاد مشاور

(فرم درخواست مجوز دفاع به همراه مستندات لازم می بایست حداقل

مدیر محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده بهداشت **دو هفته** قبل از تاریخ احتمالی جلسه دفاع تحویل تحصیلات تکمیلی گردد.)

با سلام

احتراماً پایان نامه فوق قابل دفاع می باشد. خواهشمند است برای تاریخ پیشنهادی جلسه ی دفاعیه روز......................مورخ.........................

ساعت............................... در محل ............................... دستور صدور مجوز لازم در این خصوص و نیز دعوت از هیأت داوران را صادر فرمائید.

اسامی اساتید داور پیشنهادی و محل خدمت:

1-....................................................................،.................................................... 2...........................................،...............................................................

|  |
| --- |
| **دانشجو موظف** است هماهنگی با اساتید محترم راهنما،مشاور و داور  جهت حضور در جلسه و تنظیم زمان مناسب و اطلاع رسانی عمومی  را **پس از صدور مجوز** دفاع از سوی تحصیلات تکمیلی انجام دهد. |

نام و نام خانوادگی مدیر گروه: تاریخ و امضاء

(مدت زمان بررسی وضعیت آموزشی و اعلام احراز شرایط دفاع از پایان بر اساس آیین نامه ها، دستورالعمل ها و مصوبات قانونی:**دو تا سه روز**)

نتیجه بررسی کارشناسی :

.....................................................................................................................................................................................................تاریخ و امضاء کارشناس

نظریه نهایی مدیر تحصیلات تکمیلی:- برگزاری جلسه ی دفاعیه پایان نامه فوق مجاز است

-برگزاری جلسه ی دفاعیه پایان نامه فوق مجاز نیست

شرح دستور:

تاریخ و امضاء مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده: