

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز**

**دانشکده بهداشت**

**شماره:** ............

**تاريخ:** .............

**فرم (4) برگزاری جلسه دفاع**

**اين قسمت توسط معاون تحصیلات تکمیلی/ واحدتحصیلات تکمیلی دانشکده تکميل می‌شود.**

بدين وسيله گواهی می‌شود دفاع از پایان‌نامه خانم/ آقای .............................. دانشجو رشته ................................. از لحاظ قوانین آموزشی بلامانع می‌باشد.

**تاریخ و امضاء معاون پژوهشی و تحصیلات تکمیلی دانشکده**

**اين قسمت توسط اساتید راهنما و مشاور تکميل می‌شود**

|  |
| --- |
| **مدیر محترم گروه**  **با سلام**  بدين وسيله گواهی می‌شود مراحل اجرا و تدوين پايان نامه خانم/آقای ................................. دانشجو رشته ....................................... با عنوان .................................................................................................................................................................... مطابق با پروپوزال انجام شده و نگارش آن به اتمام رسيده و مورد مطالعه و بررسی کامل قرار گرفته است و آماده دفاع می‌باشد.  **نام و نام خانوادگی اساتيد راهنما و مشاور**    **تاریخ و امضاء**  **1-**  **تاریخ و امضاء**  **2-**  **تاریخ و امضاء**  **3-**  **تاریخ و امضاء**  **4-** |

**اين قسمت توسط مدير گروه مربوطه تکميل می‌شود.**

|  |
| --- |
| **دبير محترم شورای پايان نامه دانشکده**  **با سلام**  بدين وسيله ضمن تأييد بررسی علمی‌ و متدولوژيک پايان نامه فوق، داوران پیشنهادی به شرح ذيل اعلام می‌گردد:  **1- ............................................**  **2-............................................**  **3-............................................**  **تاریخ و امضاء معاون پژوهشی/ مدیر گروه**  **4-............................................** |