

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

**دانشکده ....**

**شماره:** ................

**تاريخ:** .................

**فرم (6) تعیین زمان جلسه دفاع پایان‌نامه**

بدین وسیله موافقت افراد ذیل جهت حضور در جلسه دفاع از پایان‌نامه خانم/ آقای ...................... در روز .................... مورخ ........................ ساعت ............... در دانشکده .................... اعلام می‌گردد:

استاد راهنمای اول

مهر و امضاء

تاریخ

استاد راهنمای دوم

مهر و امضاء

تاریخ

داور خارجی

مهر و امضاء

تاریخ

داور داخلی

مهر و امضاء

تاریخ

نماینده شورای پایان‌نامه/ معاون پژوهشی دانشکده .........

مهر و امضاء

تاریخ