**بسمه تعالی**

**نام / م خانوادگی دانشجو تاریخ اتمام دوره کارورزی**

1- .......................................... .................................... **نامبرده از نظر مقررات آموزشی منعی برای دفاع**  **از پایان نامه** **ندارند.**

**فرم مجوز برگزاری جلسه دفاعیه ( داندانپزشکی عمومی)**

**( این فرم 48 ساعت اداری قبل از تاریخ دفاع به معاونت پژوهشی دانشکده تحویل گردد)**

این قسمت توسط اداره آموزش پزشکی عمومی تکمیل می شود

**نام و نام خانوادگی دانشجو**

**شماره دانشجویی: شماره موبایل:**

 نامبرده در شش ماهه سوم دوره انترنی است و از نظر مقررات آموزشی منعی برای دفاع از پایان نامه ندارد.

 امضاء و مهر مسئول آموزش پزشکی عمومی

**این قسمت در گروه آموزشی مربوطه تکمیل می شود**

**معاون محترم پژوهشی دانشکده پزشکی**

**با سلام**

بدینوسیله گواهی می شود مراحل اجرا و تدوین پایان نامه خانم / آقای ........................................... دانشجوی / دستیار

تخصصي /فوق تخصصي رشته .................................با عنوان: .............................................................

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

مطابق با پروپوزال انجام شده و نگارش آن به اتمام رسیده و مورد مطالعه و بررسی کامل قرار گرفته است و آماده برگزاری جلسه دفاعیه می باشد.

**استاد / اساتید راهنما مهر و امضا**

**استاد / اساتید مشاور مهر و امضا**

**تطبیق پروپوزال با پرینت نهایی و تأیید توسط متدولوژیست** *:*

بدينوسيله ضمن تأييد بررسي علمي و متدولوژيك پايان نامه به اطلاع مي رساند مقرر گرديده رساله فوق پس از هماهنگي با آن معاونت در ساعت .................... مورخ .................................. در محل ................................................ با حضور اساتيد محترم راهنما/مشاور و اساتيد داور به شرح ذيل مورد دفاع قرار گيرد.

**نماينده معاون پژوهشي گروه (استاد ناظر)**(كه در صورت عدم امكان حضور شخص معاون پژوهشي در جلسه دفاعيه،تعيين مي شود)

**اساتيد داور**

1- نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء:

2- نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء:

 **مهر و امضاي معاون پژوهشی گروه**