



دانشکده بهداشت

"فرم درخواست تعیین وقت

برای برگزاری جلسه گزارش شش ماهه دانشجویان دکتری تخصصی"

مسئول محترم تحصیلات تکمیلی

احتراماً، براساس هماهنگی به عمل آمده با اساتید راهنما و مشاور و داوران محترم، تاریخ/ تاریخ های پیشنهادی ذیل جهت بررسی و تعیین تاریخ و ساعت برگزاری جلسه گزارش 6 ماهه دانشجو تقدیم می گردد.

عنوان رساله:

امضاء دانشجو:

نام و نام خانوادگی دانشجو:

نام و نام خانوادگی و امضا اساتید راهنما و مشاور و داوران مبنی بر تایید زمان پیشنهادی	
استاد راهنما:	استاد داور داخلی:
استاد راهنما:	استاد داور داخلی:
استاد مشاور:	استاد داور خارجی:
استاد مشاور:	استاد داور خارجی:

تاریخ و ساعت برگزاری:

محل برگزاری:

.....

تاریخ جلسه فوق مورد تایید می باشد.

امضاء مسئول تحصیلات تکمیلی