

بسمه تعالی

DM 01-01-03

LR1400/07/22

دانشگاه علوم پزشکی شیراز
دانشکده پزشکی - معاونت تحقیقات و فناوری
فرم آمادگی دفاع پایان نامه
(جدید)

معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشکده پزشکی شیراز

با سلام؛

اینجانب معاون پژوهشی گروه بدینوسیله تایید می کنم پایان نامه

آقای/ خانم (نام و نام خانوادگی دانشجو/ دستیار) : به شماره دانشجویی : مقطع :

با عنوان :

و با کد پژوهشیاری : به راهنمایی (نام و نام خانوادگی استاد/ اساتید راهنما) :

توسط داوران و اساتید راهنما و مشاور، مطالعه شده و با توجه به نظر داوران و نظر اساتید، آماده دفاع می باشد؛

همچنین استاد راهنمای اول این پایان نامه، در خصوص نظارت بر پایان نامه از منظر عدم وجود پلاژیسم، به گروه اطمینان خاطر داده اند.

نام و نام خانوادگی داوران جلسه دفاع : نام و نام خانوادگی اساتید مشاور:

۱- ۱-

۲- ۲-

❖ شماره تلفن همراه دانشجو / دستیار :

(لطفاً حتما شماره تماس دانشجو / دستیار را قید بفرمایید)

در ضمن زمان پیشنهادی گروه جهت برگزاری جلسه دفاع پایان نامه مذکور، روز مورخ

..... ساعت می باشد و کلیه داوران و اساتید راهنما و مشاور و اینجانب در این زمان آماده شرکت در جلسه به صورت :

حضور / مجازی می باشیم.

مکان برگزاری دفاع :

نام و نام خانوادگی و مهر و امضای معاون پژوهشی گروه (یا مدیر گروه)