تائیدیه انجام اصلاحات و مجوز صحافی پایان نامه های دکتری تخصصی/کارشناسی ارشد دانشکده پزشکی

معاون محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده

|  |
| --- |
| احتراماً اینجانب ................................ دانشجوی مقطع ........................ رشته..................................... به شماره دانشجویی................................. در تاریخ .................................... از پایان نامه خود تحت عنوان ................................................................................................................................................................................................................................................................ ......................................................................................................... دفاع کرده و اصلاحات مورد نظر هیات محترم داوران را در نسخه پایان نامه خود طبق نظر استاد راهنما اعمال نموده ام. تاریخ و امضاء دانشجو .................................... |
| بدینوسیله امضاءکنندگان ذیل تایید می نمایند اصلاحات لازم توسط دانشجو درپایان نامه فوق انجام شده و پایان نامه ایشان مورد تایید بوده و مجاز به صحافی و ارائه است. |
| استاد راهنما | نام و نام خانوادگی...............................................تاریخ و امضاء | نام و نام خانوادگی...............................................تاریخ و امضاء |  |
| استاد مشاور | نام و نام خانوادگی...............................................تاریخ و امضاء | نام و نام خانوادگی...............................................تاریخ و امضاء | نام و نام خانوادگی...............................................تاریخ و امضاء |
| داوران | نام و نام خانوادگی...............................................تاریخ و امضاء | نام و نام خانوادگی...............................................تاریخ و امضاء | نام و نام خانوادگی...............................................تاریخ و امضاء |
| نام و نام خانوادگی...............................................تاریخ و امضاء | نام و نام خانوادگی...............................................تاریخ و امضاء | نام و نام خانوادگی...............................................تاریخ و امضاء |