



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی دزفول
معاونت آموزش، تحقیقات و فناوری
واحد پرستاری و مامایی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی_ درمانی دزفول

دانشکده پرستاری و مامایی

فرم شرکت دانشجوی در جلسات دفاع از پایان نامه

شماره.....
تاریخ.....
پیوست.....
شماره پرونده.....

دانشجوی محترم: خواهشمند است جهت تعیین وقت دفاع از رییس تحصیلات تکمیلی دانشکده، فرم زیر را به صورت تکمیل شده تحویل دهید. لازم به ذکر است حداقل شرکت در ۵ جلسه دفاع دانشجویان (هم مقطع) ضروری می باشد.

ردیف	نام و نام خانوادگی دانشجوی شرکت کننده	نام و نام خانوادگی دانشجوی دفاع کننده	مقطع تحصیلی	عنوان پایان نامه	تاریخ و ساعت دفاع	امضاء و مهر رییس / نماینده تحصیلات تکمیلی
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						