



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

تاریخ :
شماره :
پیوست :

فرم مجوز برگزاری جلسه دفاع از پایان نامه دانشجویان دانشکده بهداشت

گواهی می شود نسخه نهایی پایان نامه خانم / آقای
دوره کارشناسی ارشد سال رشته با عنوان :
دانشجوی

مطالعه گردیده و دفاع از پایان نامه نامبرده در روز مورخ

ساعت بلامانع می باشد.

نام و نام خانوادگی استاد راهنما : امضاء

نام و نام خانوادگی استاد مشاور علمی : امضاء

نام و نام خانوادگی استاد مشاور آماری : امضاء

نام و نام خانوادگی داور علمی : امضاء

نام و نام خانوادگی داور آماری : امضاء