



دانشگاه علوم پزشکی اراک

دانشکده دندانپزشکی

درخواست تعیین وقت برای برگزاری جلسه دفاع از پایان نامه

نام و نام خانوادگی دانشجو:

عنوان پایان نامه:

براساس هماهنگی به عمل آمده با استادان محترم راهنما و مشاور، داوران محترم گروه و نماینده محترم دانشکده زمان پیشنهادی ذیل جهت برگزاری جلسه دفاع از پایان نامه تقدیم می گردد.

تاریخ و ساعت برگزاری:

محل برگزاری:

امضاء دانشجو:

اداره آموزش دانشکده :

با توجه به اطلاعات فوق خواهشمند است نسبت به صدور دعوتنامه اعضای هیئت داوران به شرح زیر اقدام فرمایید  
دبیر پژوهشی دانشکده

| ردیف | اعضای جلسه            | نام و نام خانوادگی و امضاء |
|------|-----------------------|----------------------------|
| ۱    | استاد راهنما          |                            |
| ۲    | استاد مشاور           |                            |
| ۳    | نماینده معاونت آموزشی |                            |
| ۴    | نماینده معاونت پژوهشی |                            |
| ۵    | نماینده گروه مربوطه   |                            |
| ۶    | نماینده دانشکده       |                            |

توجه: ارائه این فرم به صورت تکمیل شده، یک هفته قبل از تاریخ دفاع به واحد آموزش دانشکده الزامی است.