

دانشکده پرستاری اراک

**درخواست تعیین وقت برای برگزاری جلسه دفاع نهایی از پایان­نامه**

نام و نام خانوادگی دانشجو:

**عنوان پایان نامه:**

بر اساس 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 پایان­نامه تقدیم می گردد.

**تاریخ و ساعت برگزاری:**

**محل برگزاری:**

امضاء دانشجو:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ردیف** | **اعضای جلسه** | **نام و نام خانوادگی و امضاء** |
| 1 | استاد راهنما |  |
| 2 | استاد مشاور |  |
| 3 | استاد مشاور |  |
| 4 | استاد ناظر |  |
| 5 | استاد ناظر |  |
| 6 | استاد ناظر |  |
| 7 | مدیر گروه و نماینده دانشکده |  |

**توجه: ارائه این فرم به صورت تکمیل شده، دو هفته قبل از تاریخ دفاع به واحد تحصیلات تکمیلی دانشکده الزامی است.**