

بسمه تعالی



شماره :

تاریخ :

پیوست :

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان لرستان
دانشکده پزشکی

فرم درخواست دفاع از پایان نامه دانشجویان پزشکی

نام:

نام خانوادگی:

شماره دانشجویی:

عنوان نهایی:

تاریخ دفاع پایان نامه:

تاریخ صورتجلسه شورای پژوهشی:

اساتید مشاور(علمی-آماری):

استاد/اساتید راهنما:

پایان نامه دارای مقاله: می باشد نمی باشد

مستندات مقاله ضمیمه: می باشد نمی باشد

IR.LUMS.REC.

کد کمیته اخلاق:

اسامی داوران:

ردیف	نام و نام خانوادگی:	تخصص
۱		بالینی / پایه
۲		بالینی / پایه
۳		بالینی / پایه

معاون پژوهشی دانشکده:

واحد آموزش دانشکده پزشکی :