

شماره :
تاریخ :
پیوست :

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان لرستان
دانشکده پزشکی

فرم مجوز دفاع از پروپوزال کارشناسی ارشد-دستیاری

مقطع و رشته:

نام:

نام خانوادگی:

شماره دانشجویی:

عنوان:

تاریخ ثبت عنوان پروپوزال در پژوهشی دانشکده:

ندارد دارد ضمیمه صورت جلسه گروه: دارد ندارد

تاریخ صورت جلسه دفاع داخل گروهی:

اساتید مشاور(علمی-آماری):

استاد/اساتید راهنما:

پایان نامه دارای هزینه: می باشد نمی باشد

اسامی داوران:

ردیف	نام و نام خانوادگی:	تخصص
۱		داخل گروه
۲		داخل گروه
۳		خارج گروه
۴		خارج گروه

مدیر گروه آموزشی:

واحد آموزش تحصیلات تکمیلی: مدیرت تحصیلات تکمیلی دانشکده: معاون پژوهشی دانشکده: