



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان
دانشکده بهداشت

بسمه تعالی

فرم شرکت در جلسات دفاع

نام و نام خانوادگی دانشجو:

شماره دانشجویی:

رشته تحصیلی:

سال ورود:

ترم تحصیلی:

| ردیف | نام و نام خانوادگی دانشجو | عنوان پایان نامه | تاریخ دفاع | نام و امضاء استاد |
|--|---------------------------|------------------|------------|-------------------|
| | | | | |
| برداشت علمی و نظر شما در مورد موضوع و نحوه ارائه دانشجو: | | | | |
| اشکالات علمی مطرح شده توسط اساتید و دانشجویان حاضر در جلسه دفاع: | | | | |
| ردیف | نام و نام خانوادگی دانشجو | عنوان پایان نامه | تاریخ دفاع | نام و امضاء استاد |
| | | | | |
| برداشت علمی و نظر شما در مورد موضوع و نحوه ارائه دانشجو: | | | | |
| اشکالات علمی مطرح شده توسط اساتید و دانشجویان حاضر در جلسه دفاع: | | | | |
| ردیف | نام و نام خانوادگی دانشجو | عنوان پایان نامه | تاریخ دفاع | نام و امضاء استاد |
| | | | | |
| برداشت علمی و نظر شما در مورد موضوع و نحوه ارائه دانشجو: | | | | |
| اشکالات علمی مطرح شده توسط اساتید و دانشجویان حاضر در جلسه دفاع: | | | | |

ارائه فرم شرکت در جلسات دفاع دانشجوی کارشناسی ارشد با رشته تخصصی مرتبط برای دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد قبل از تکمیل فرم آمادگی دفاع الزامی می باشد.