

دانشگاه علوم پزشكی و خدمات

بهداشتی درمانی كرمانشاه دانشکده پرستاری و مامایی

**بسمه تعالی**

**فرم تعيين زمان برگزاري جلسه دفاع پروپوزال دکتری**

**مسئول محترم تحصيلات تكميلي:**

احتراماً، بر اساس هماهنگي به عمل آمده با اساتيد راهنما و مشاور و داوران محترم، تاريخ/ تاريخ هاي پيشنهادي ذيل جهت بررسي و تعيين تاريخ و ساعت برگزاري جلسه دفاع از پروپوزال تقديم مي گردد.

عنوان رساله:

**نام و نام خانوادگي دانشجو: امضاء دانشجو:**

**تاريخ وساعت برگزاري:**

**محل برگزاري:**

|  |  |
| --- | --- |
| **نام ونام خانوادگي و امضاء اساتيد راهنما و مشاور و داوران مبني بر تاييد زمان پيشنهادي** | |
| **استاد راهنما:**  **استاد راهنما:** | **استاد داور داخلي:**  **استاد داور داخلي:** |
| **استاد مشاور:**  **استاد مشاور:** | **استاد داور خارجی:**  **استاد داور خارجی:** |
| **نماينده تحصيلات تكميلي دانشکده:** | |