

دانشگاه علوم پزشكی و خدمات

بهداشتی درمانی كرمانشاه دانشکده پرستاری و مامایی

بسمه تعالی

" فرم درخواست زمان برگزاري جلسه گزارش شش ماهه دانشجو یان دكتري"

**مدير محترم تحصیلات تکمیلی:**

احتراماً، براساس 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 گزارش شش ماهه دانشجو ...................................................... (.................................) تقديم مي گردد.

عنوان رساله:

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

|  |  |
| --- | --- |
| **نام ونام خانوادگي و امضا 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 داورخارجي:  استاد داورخارجي: |

**تاريخ وساعت برگزاري:** ...................................................................................................

**محل برگزاري:** ...................................................................................................

🙝🙟🙝🙟🙝🙟🙝🙟🙝🙟🙝🙟🙝🙟🙝🙟🙝🙟🙝🙟🙝🙟🙝🙟

تاريخ جلسه فوق مورد تاييد مي باشد.

**امضاء نماینده منتخب شورای تحصیلات تکمیلی**