



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی خراسان شمالی
دانشکده پزشکی بجنورد

دانشجوی محترم: خواهشمند است جهت تعیین وقت دفاع، فرم زیر را به صورت تکمیل شده تحویل نماینده مربوطه دهید.

لازم به ذکر است شرکت در حداقل 3 جلسه دفاع دانشجویان ضروری می باشد.

ردیف	نام و نام خانوادگی دانشجوی شرکت کننده	نام و نام خانوادگی دانشجوی دفاع کننده	مقطع تحصیلی	عنوان پایان نامه	تاریخ و ساعت دفاع	امضاء و مهر رییس/ نماینده تحصیلات تکمیلی
1						
2						
3						