**بسمه تعالی**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني بابل****دانشكده پرستاري و مامائي فاطمه زهرا (س) رامسر** | **درخواست تعیین وقت برای برگزاری جلسه دفاع نهایی از پایان نامه** | **کد مدرک11**  |

معاون محترم آموزشی دانشکده

احتراما بر اساس هماهنگی به عمل امده با اساتید راهنما و مشاور، داوران محترم و مسئول تحصیلات تکمیلی دانشکده،تاریخ/تاریخ های پیشنهادی ذیل جهت بررسی و تعیین تاریخ و ساعت برگزاری جلسه دفاع از رساله تقدیم می گردد.

عنوان پایان نامه:

نام و نام خانوادگی دانشجو: امضاء استاد راهنما:

|  |
| --- |
| نام و نام خانوادگی و امضا اساتید راهنما و مشاوران، داوران و مسئول تحصیلات تکمیلی مبنی بر تایید زمان پیشنهادی: |
| استاد راهنمای اول | استاد داور خارجی |
| استاد راهنمای دوم | استاد داور خارجی |
| استاد مشاور | استاد داور داخلی |
| استاد مشاور | استاد داور داخلی |
| مسئول تحصیلات تکمیلی دانشکده |

تاریخ و ساعت برگزاری:

محل برگزاری:

امضاء معاون محترم آموزشی دانشکده