



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان
دانشکده دندانپزشکی

شماره:
تاریخ:
پیوست:

بسمه تعالی

تأیید برگزاری جلسه دفاعیه پایان نامه از سوی استاد راهنما

معاونت محترم پژوهشی دانشکده

با سلام:

احتراماً، بدینوسیله گواهی می شود مراحل تهیه و تدوین پایان نامه خانم / آقای

دانشجوی دوره دندانپزشکی

تحت عنوان :

به اتمام رسیده و مورد مطالعه و بررسی کامل قرار گرفته است ، لذا رساله فوق آماده برگزاری

جلسه دفاعیه می باشد.٪

تاریخ تصویب عنوان:

تاریخ تصویب پروپوزال:

نام و نام خانوادگی استاد راهنما :

امضاء :

با شماره دانشجویی

گواهی می شود خانم/آقای

تمامی واحدهای مربوطه را گذرانده و نمره دروس در کارنامه وی ثبت شده است.

مهر و امضاء آموزش دانشکده