بسمه تعالی ( فرم شماره 6)

دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان هماهنگی تاریخ دفاع جهت پایان نامه تاریخ:

دانشکده پرستاری و مامایی

**تحصیلات تکمیلی**

**احترما اینجانب .............................................دانشجوی رشته............................به شماره دانشجویی ..................... زمان و مکان پیشنهادی جلسه دفاع خود را با نظر اساتید محترم راهنما، مشاور، داوران تنظیم شده است ، به شرح ذیل ارائه می نماید.**

**خواهشمند است پس از بررسی ، زمان و محل دقیق آن جهت ابلاغ به اساتید محترم هیات داوران اعلام گردد.**

**روز:............................ساعت:......................مکان:................................**

**تاریخ و امضا دانشجو**

|  |
| --- |
| **نام و نام خانوادگی استاد راهنمای اول موافقت می شود امضاء**  **نام و نام خانوداگی استاد راهنمای دوم موافقت می شود امضاء**  **نام و نام خانوادگی داور داخلی اول موافقت می شود امضاء**  **نام و نام خانوادگی داور داخلی دوم موافقت می شود امضاء** |