**فرم شماره7**

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان

دانشکده پرستاری و مامایی بویه گرگان

**درخواست تعيين وقت براي برگزاري جلسه دفاع نهایی از پايان نامه كارشناسي ارشد**

**معاون محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده**

احتراماً، بر اساس هماهنگي به عمل آمده با اساتيد راهنما و مشاور، چهار نسخه پایان نامه ذيل جهت بررسي و تعيين تاريخ و ساعت برگزاري جلسه دفاع از پایان نامه تقديم مي گردد.

عنوان پايان نامه:

**نام و نام خانوادگي دانشجو: شماره دانشجویی: امضاي دانشجو تاریخ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **نام ونام خانوادگي و امضاء اساتيد راهنما و مشاور** | |
| استاد راهنما : |  |
| استاد مشاور 1: |  |
| استاد مشاور 2: |  |
| استاد مشاور 3: |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**اظهار نظر معاون تحصیلات تکمیلی دانشکده**

بر اساس هماهنگی های انجام شده، جلسه دفاع از طرح پیشنهادی در تاریخ ..................... ساعت ................ مورد موافقت قرار گرفت.

**تاریخ و امضا**