**فرم شماره4**

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان

دانشکده پرستاری و مامایی بویه گرگان

**درخواست تعيين وقت براي برگزاري جلسه دفاع از طرح پیشنهادی رساله دکتری**

**معاون محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده**

احتراماً، بر اساس هماهنگي به عمل آمده با اساتيد راهنما و مشاور، طرح پيشنهادي ذيل جهت بررسي و تعيين تاريخ و ساعت برگزاري جلسه دفاع از پروپوزال تقديم مي گردد.

عنوان رساله :

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

|  |  |
| --- | --- |
| **نام ونام خانوادگي و امضاء اساتيد راهنما و مشاور** | |
| استاد راهنما : | تاریخ و امضاء |
| استاد مشاور اول: | تاریخ و امضاء |
| استاد مشاور دوم: | تاریخ و امضاء |
| استاد مشاور سوم: | تاریخ و امضاء |

**اظهار نظر شوراي تحصيلات تکميلي:**

**تاریخ و امضاء معاون پژوهشی دانشكده**