بسمه تعالی

**فرم شماره 6**



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان

دانشکده پرستاری و مامایی بویه گرگان

**درخواست تعيين وقت براي برگزاري جلسه پیش دفاع از رساله دکتری**

**معاونت محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده**

احتراماً، بر اساس هماهنگي به عمل آمده با اساتيد راهنما و مشاور، خلاصه رساله دانشجوی دکتری جهت بررسي و تعيين تاريخ و ساعت برگزاري جلسه پیش دفاع از رساله 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**