**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 پايان نامه كارشناسي ارشد**

**معاون محترم پژوهشی و تحصیلات تکمیلی**:

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 پايان نامه:

**نام و نام خانوادگي دانشجو: امضا دانشجو تاریخ:**

|  |
| --- |
| **نام ونام خانوادگي و امضاء اساتيد راهنما و مشاور**  |
| نام و نام خانوادگی  | تاریخ و امضا |
| 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**