****

دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتی درمانی قم

دانشکده بهداشت

بسمه تعالی

درود و صلوات خداوند بر محمد(ص) و خاندان پاک و مطهر ایشان

فـرم شرکت در جلسات دفاع پایان‌نامه کارشناسی ارشد

**نام و نام خانوادگی دانشجو**: **شماره دانشجویی** :

**رشته تحصیلی :** **عنوان پایان نامه**:

**تذکر:** دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد می‌بایست حداقل 3 نوبت در جلسات دفاع پایان نامه‌ها شرکت نموده و گزارش حضور در جلسات را جهت ضبط در پرونده دانشجویی تحویل کارشناس تحصیلات تکمیلی دانشکده نمایند.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام و نام خانوادگی دانشجو یان شرکت کننده در جلسه | تاریخ جلسه دفاع | امضاء کارشناس تحصیلات تکمیلی |
| 1 |   |  |  |
| 2 |   |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |