



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل
پردیس خودگردان

شماره :

تاریخ :

پیوست :

**فرم گواهی دریافت پایان نامه
(ویژه اساتید راهنما، مشاور و اعضای هیئت داوران جلسه دفاع)**

بدینوسیله گواهی می شود نسخه نهائی شده پایان نامه ----- دانشجوی دندانپزشکی عمومی جهت بررسی و بحث در جلسه دفاع تحویل اینجانب گردید.

امضا	تاریخ:	.....	استاد راهنمای اول:
امضا	تاریخ:	.....	استاد راهنمای دوم:
امضا	تاریخ:	.....	استاد مشاور:
امضا	تاریخ:	.....	داور مدعو:
امضا	تاریخ:	.....	داور مدعو:
امضا	تاریخ:	.....	داور مدعو:
امضا	تاریخ:	.....	داور مدعو:
امضا	تاریخ:	.....	داور مدعو:

*** شایان ذکر است طبق شیوه نامه انتخاب و دفاع از پایان نامه های دوره ی دندانپزشکی عمومی به داوران محترم ۲ هفته و یا حداقل ۱۰ روز کاری فرصت برای بررسی پایان نامه باید داده شود.