



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان  
دانشکده پزشکی

فرم ۱۰: اعلان برگزاری جلسه دفاع از پایان نامه

دانشکده: .....

رشته: .....

جلسه دفاع از پایان نامه

عنوان:

نام و نام خانوادگی دانشجو:

مقطع:

استاد راهنما:

تاریخ:

زمان:

روز:

مکان: