



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود
دانشکده پزشکی

**فرم ۳: درخواست زمان برگزاری جلسه گزارش شش ماهه
دانشجویان دکتری**

سرپرست محترم معاونت آموزشی دانشکده پزشکی

با اهدای سلام

احتراماً بر اساس هماهنگی به عمل آمده با اساتید راهنما و مشاوران و داوران محترم، تاریخ / تاریخ های پیشنهادی ذیل جهت بررسی تاریخ و ساعت برگزاری جلسه گزارش شش ماهه دانشجو (.....) تقدیم می گردد.

عنوان رساله :

امضاء دانشجو :

نام و نام خانوادگی دانشجو :

| نام و نام خانوادگی و امضا اساتید راهنما و مشاوران و داوران مبنی بر تایید زمان پیشنهادی | |
|--|------------------------------------|
| داور(ان) داخلی: | استاد راهنما: استاد راهنما: |
| داور(ان) خارجی: | استاد مشاور: استاد مشاور: |

تاریخ و ساعت برگزاری:

محل برگزاری:

تاریخ جلسه فوق مورد تایید می باشد.

مدیر گروه آموزشی رشته