



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان  
دانشکده پزشکی

### فرم ۳-۳: صورتجلسه آزمون جامع

روز..... تاریخ..... ساعت.....

جلسه آزمون جامع کتبی دانشجوی دکتری تخصصی (Ph.D) رشته ..... در تاریخ های ..... و ..... و آزمون ارزیابی  
عینی در تاریخ ..... با حضور اعضای محترم هیئت ممکنه برگزار، و جدول ارزیابی نمرات شرکت کنندگان آزمون مذکور به صورت  
ذیل می باشد.

ردیف	نام و نام خانوادگی دانشجو	آزمون کتبی (۷۰٪)	آزمون ارزیابی * عینی عملکرد (۳۰٪)	نمره نهایی	
				نمره نهایی به عدد	نمره نهایی به حروف
۱					
۲					
۳					
۴					

\* مطابق ماده ۲۳ آیین نامه آموزشی دکتری تخصصی، ۵۰ درصد آزمون عینی عملکرد به ارزشیابی مستمر درون بخشی (معدل کل) و ۵۰٪ به  
ارزیابی پایان دوره اختصاص دارد.

نماینده معاونت پژوهشی: سرکار خانم دکار مرجان رشیدان

امضا و تاریخ

نماینده معاونت آموزشی: سرکار خانم دکتر سارا سعید نیا

امضا و تاریخ

مدیر گروه:

امضا و تاریخ

اساتید راهنمای تحصیلی:

امضا و تاریخ

نماینده تحصیلات تکمیلی دانشکده (خارج از دانشگاه):

امضاء تاریخ

نام و نام خانوادگی نماینده تحصیلات تکمیلی دانشکده (داخل دانشگاه):

امضا و تاریخ

سرکار خانم دکتر سارا سعید نیا