



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل
معاونت تحقیقات و فن آوری
دانشکده دندانپزشکی

بسمه تعالی

پیوست:

تاریخ:

فرم تایید دفاع درون بخشی (فرم شماره ۲)

نام دانشجو:

نام استاد/ اساتید راهنما:

نام استاد / اساتید مشاور:

عنوان پروپوزال:

بخش آموزشی مربوطه:

اعضای حاضر در دفاع پروپوزال:

تصویب نمی گردد

نظرنهایی گروه: تصویب می گردد

اطلاحات مورد نیاز:

نمره رساله ۱:

تایید مشاور آمار: بله خیر

امضاء