

تاریخ جلسه دفاع:

فرم (4) فرم نهایی ثبت ارزشیابی پایان نامه

نام و نام خانوادگی دانشجو:			
مقطع تحصیلی:	پزشکی عمومی ☐	دستیاری تخصصی ☐	دستیاری فوق تخصصی ☐
فلوشیپ ☐			
عنوان پایان نامه:			
کد ملی:	شماره دانشجویی:		
تاریخ شروع دوره:	شماره تلفن:		
محل اجرای مطالعه:	پست الکترونیک:		
نام استاد/اساتید راهنما:			
گروه آموزشی:	بیمارستان:		

معاون محترم پژوهشی دانشکده پزشکی

بدینوسیله به استحضار می رساند پایان نامه دانشجویی/ تخصصی/ فوق تخصصی خانم/ آقای
 با عنوان مذکور با راهنمایی سرکار خانم/ جناب آقای دکتر در تاریخ دفاع
 گردیده و با نمره مورد قبول هیئت داوران نامبرده در ذیل قرار گرفت.^۱

مهر و امضای هیئت داوران	
استاد/ اساتید راهنما (حداکثر دو نفر)	
استاد/ اساتید مشاور (حداکثر پنج نفر)	
اساتید داور (منتخب گروه) ^۲	
معاون پژوهشی گروه / استاد ناظر	

^۱ مطابق آیین نامه، جلسه دفاعیه هنگامی اعتبار دارد که حداقل نصف بعلاوه یک اعضای هیات داوران در جلسه حضور داشته باشند. (حضور استاد راهنما و معاون پژوهشی گروه/ استاد ناظر در جلسه دفاع الزامی است) نمره اعلام شده، معدل نمرات هیئت حاضر در جلسه دفاعیه است (اساتیدراهنما، اساتیدمشاور، داوران و معاون پژوهشی/ استاد ناظر، که توسط معاون پژوهشی گروه/ استاد ناظر، جمع بندی و به دانشکده اعلام می شود.
^۲ در مقطع پزشکی عمومی یک نفر داور کافی است و در مقاطع دستیاری تخصصی و فوق تخصصی حضور حداقل دوفرد داور ضروری است.