



دانشگاه علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

دانشکده پزشکی

گروه علوم تشریح

فرم شماره 5

دانشجوی رشته:

جلسه دفاعیه پایان نامه کارشناسی ارشد/دکتری تخصصی (PhD) خانم/آقای

تحت عنوان:

که به راهنمایی استاد محترم تهیه شده است، در تاریخ تشکیل گردید.

این پایان نامه با توجه به ضوابط تعیین شده توسط شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده پزشکی، ارزیابی و با نمره

(به حروف) و با درجه عالی، بسیار خوب، خوب، قابل قبول، مورد تأیید هیأت

محترم داوران قرار گرفت.

| امضا | نام نام خانوادگی | هیأت داوران |
|------|------------------|-------------|
|      |                  | 1-1-1       |
|      |                  | 2-1-1       |
|      |                  | 3-1-1       |
|      |                  | 1-2-1       |
|      |                  | 2-2-1       |
|      |                  | 3-2-1       |
|      |                  | 1-3-1       |
|      |                  | 2-3-1       |
|      |                  | 3-3-1       |
|      |                  | 4-3-1       |

نماینده شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه

نام و امضا

معاون آموزشی دانشکده

نام و امضا

ناظر شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده

نام و امضا

مدیر گروه

نام و امضا