|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  armدانشگاه علوم پزشكي كرمانشاهمدیریت تحصیلات تکمیلی دانشکده بهداشت  | بسمه تعالی**گزارش دفاع از پايان نامه****(فرم شماره 3)** | شماره ثبت پروپوزال:  |  |
| تاريخ ثبت پروپوزال :  |  |
|  |  |

 جلسه رسیدگی به پایان نامه **خانم / آقای** دانشجوی رشته  در مقطع **کارشناسی ارشد** که در موضوع:"  **"**

به راهنمایی استاد محترم .........................**...**تهیه شده است، در تاریخ ........................تشکیل و پس از بررسی و ارزیابی و با درجه **..................** و با نمره .................تصویب گردید.

 عالی: 20-5/18، بسیار خوب: 49/18-17، خوب: 99/16-5/15، قابل قبول: 49/15-14، کمتر از 14 غیر قابل قبول

.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **عالي 20 -5/18** | **بسيار خوب 49/18 – 17** | **خوب 99/16 – 5/15**  | **قابل قبول: 49/15-14** | **كمتر از 14 غيرقابل قبول** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **هيأت داوران**  | **نام و نام خانوادگي**  | **مرتبه علمي**  | **گروه آموزشي**  | **امضاء** |
| **1- اساتيد راهنما** |   |  |  |  |
| **2- اساتيدمشاور**  |   |  |  |  |
| **3 - داوران**  |  |  |  |  |
| **4 - نماینده تحصیلات تکمیلی** |  |  |  |  |
| **5- مدير گروه**  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **مدیرتحصیلات تکمیلی دانشکده** |  |  |
| **معاونت آموزشی دانشکده** |  |  |
| **ریاست دانشکده** |  |  |