

 **معاونت محترم پژوهشی دانشکده دندانپزشکی**

**با سلام واحترام**

اینجانب ...........دانشجوی مقطع دکترای عمومی رشتهدندانپزشکی به شماره دانشجویی

درخواست صدور مجوز دفاع ازپروپوزال خود با عنوان ............. ......................................................................................................................... .درتاریخ ساعت را دارم. لطفاً در این زمینه دستورات لازم را مبذول فرمائید.

نام وامضای اساتید راهنما:

نام و امضای رابط آماری (خانم دکتریزدانی):

نام وامضای رابط پژوهشی:

نام وامضای رابط کمیته اخلاق(خانم دکتر هاشم زاده):

داوران پیشنهادی گروه مربوطه برای برگزاری جلسه دفاع به شرح زیر است:

1- امضاءداور

2- امضاءداور

3- امضاءداور

**نام وامضای مدیر گروه:**

 **تاییدوامضای معاون پژوهشی دانشکده دندانپزشکی**

دانشجوی گرامی:لطفا پس ازتایپ موارد فوق ، پیرینت وازاساتید محترم امضا گرفته شود.

 **درضمن تکمیل فرم تایک هفته قبل از تاریخ دفاع الزامیست.**