

 **معاونت محترم پژوهشی دانشکده دندانپزشکی**

**با سلام واحترام**

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

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

نام وامضای اساتید راهنما:

نام و امضای اساتید مشاور:

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

1- داور پیشنهادی استاد راهنما امضاءداور

2- داور پیشنهادی معاونت آموزشی امضاءداور

3- داور پیشنهادی معاونت پژوهشی امضاءداور

**(شخص داور معرفی شده از سوی معاونت پژوهشی ، مسئول برگزاری جلسات دفاع می باشد)**

**نام وامضای مدیر گروه:**

 **تاییدوامضای معاون پژوهشی دانشکده دندانپزشکی**