

معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج  
مدیریت تحصیلات دانشکده پزشکی  
صورتجلسه دفاع از پایان نامه دانشجویان تحصیلات تکمیلی

مدیریت محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده پزشکی

احتراماً، عطف به نامه شماره ..... مورخ .....، اینجانب.....  
عضو هیات علمی دانشکده..... به عنوان نماینده تحصیلات تکمیلی در جلسه دفاع از پایان نامه خانم/ آقای.....  
دانشجوی تحصیلات تکمیلی رشته ..... که در ساعت ..... روز..... مورخ .....  
در محل..... با عنوان .....  
..... که با حضور اعضا زیر برگزار گردید، شرکت نمودم.

الف: جلسه دفاع با حضور اعضاء محترم کمیته پایان نامه مرکب از:

- 1- ..... (استاد راهنما) امضاء .....-6..... (داور) امضاء  
2- ..... (استاد راهنما) امضاء .....-7..... (داور) امضاء  
3- ..... (استاد مشاور) امضاء .....-8..... (داور) امضاء  
4- ..... (استاد مشاور) امضاء .....-9..... (داور) امضاء  
5- ..... (استاد مشاور) امضاء

طبق مقررات جلسه دفاع انجام شد و پایان نامه ایشان با نمره حروفی ..... عددی.....  
و با درجه ..... ارزیابی گردید.

<input type="checkbox"/>	درجه عالی نمره (19-20)	<input type="checkbox"/>	درجه خوب نمره (16/5-17/99)	<input type="checkbox"/>	غیرقابل قبول (کمتر از 15)
<input type="checkbox"/>	درجه بسیار خوب نمره (18-18/99)	<input type="checkbox"/>	قابل قبول نمره (15-16/49)	<input type="checkbox"/>	

ب: بررسی مقاله حاصل از پایان نامه:

-مقاله حاصل از پایان نامه توسط مجله ..... پذیرش شده و مدارک مربوطه در زمان دفاع ارائه شده  
است.

-مقاله حاصل از پایان نامه هنوز مورد پذیرش قرار نگرفته و در راستای اجرای آئین نامه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و مصوبه  
شورای تحصیلات تکمیلی 1/5 نمره از پایان نامه کسر می شود.

نام و امضاء نماینده تحصیلات تکمیلی دانشکده پزشکی  
تاریخ

ج: این قسمت توسط مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده کامل شود:

دانشجو با رای کمیسیون موارد خاص مجاز به ادامه تحصیل شده است و یک نمره از پایان نامه وی کسر می گردد.   
\* با در نظر گرفتن بندهای «الف» تا «ج» نمره نهایی پایان نامه به عدد ..... و به حروف ..... می باشد.

نام و امضاء ریاست دانشکده پزشکی یاسوج  
تاریخ

نام و امضاء مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده پزشکی یاسوج  
تاریخ