

**دانشگاه علوم پزشکی همدان**

**معاونت تحصیلات تکمیلی دانشکده بهداشت**

**فرم تایید نهایی داوران پایان نامه**

**نام و نام خانوادگی دانشجو: .......................................... مقطع: ................................. رشته: ........................................**

**شماره دانشجویی: ............................... استاد راهنما: .................................. تاریخ جلسه دفاع : ...............................**

**عنوان پایان نامه: .............................................................................................................................................................**

**دانشجو می بایست حداکثر تا یک ماه پس از جلسه دفاع به داوران پایان نامه مراجعه و فرم تاییدیه نهایی را تکمیل و به آموزش تحصیلات تکمیلی تحویل دهد.**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**احتراما بدینوسیله گواهی می گردد که تغییرات و اصلاحات پیشنهادی پایان نامه ایشان انجام شده و مورد تایید اینجانب می باشد.**

**توضیحات:..........................................................................................................................................................................................**

**نام و نام خانوادگی داور پایان نامه**

**تاریخ**   **امضاء**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**احتراما بدینوسیله گواهی می گردد که تغییرات و اصلاحات پیشنهادی پایان نامه ایشان انجام شده و مورد تایید اینجانب می باشد.**

**توضیحات:...................................................................................................................................................................................**

**نام و نام خانوادگی داور پایان نامه**

**تاریخ**  **امضاء**