

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی گیلان

دانشکده داروسازی

"فرم شماره پنج"

## برگه تاییدیه بمنظور انجام فرایند فراغت از تحصیل

شماره ثبت پایان نامه:

نام و نام خانوادگی دانشجو:

تاییدیه نماینده پژوهش:

اصلاحات پیشنهادی در خصوص تنظیمات نگارشی در نسخه نهایی پایان نامه لحاظ شده است.

تاریخ:

مهر و امضاء نماینده پژوهش:

تاییدیه داور داخلی:

اصلاحات پیشنهادی در نسخه نهایی پایان نامه لحاظ شده است.

تاریخ:

مهر و امضاء داور داخلی:

تاییدیه داوران خارجی:

اصلاحات پیشنهادی در نسخه نهایی پایان نامه لحاظ شده است.

تاریخ:

مهر و امضاء داور خارجی:

مهر و امضاء داور خارجی:

تاییدیه استاد راهنما اول:

نسخه چاپی پایان نامه به همراه فایل PDF دریافت شد.

تاریخ:

مهر و امضاء استاد راهنما اول:

تاییدیه استاد راهنما دوم:

نسخه چاپی پایان نامه به همراه فایل PDF دریافت شد.

تاریخ:

مهر و امضاء استاد راهنما دوم:

تاییدیه مسئول کتابخانه:  
نسخه چاپی پایان نامه به همراه فایل PDF دریافت شد.

مهر و امضاء مسئول کتابخانه: تاریخ:

---

تاییدیه کارشناسان آزمایشگاه  
فراغت از تحصیل دانشجوی بلامانع است.

امضاء و نام و نام خانوادگی کارشناس مسئول آزمایشگاه تاریخ:

---

تاییدیه مسئول آموزش دانشکده:  
بدینوسیله به اطلاع می رساند خانم/ آقای ..... به شماره دانشجویی ..... در نیمسال اول □  
دوم □ سال تحصیلی ... .. کلیه واحدهای درسی خود را به اتمام رسانده و از پایان نامه خود در تاریخ ..... دفاع  
کرده است.

مهر و امضاء مسئول آموزش دانشکده تاریخ:

---

تاییدیه مسئول حراست  
انجام فرایند فراغت از تحصیل برای خانم/آقای ..... به شماره دانشجویی ..... بلامانع  
است.

مهر و امضاء مسئول حراست دانشکده: تاریخ:

---

تاییدیه معاونت آموزشی دانشکده:  
انجام فرایند فراغت از تحصیل برای خانم/آقای ..... به شماره دانشجویی ..... بلامانع  
است.

مهر و امضاء معاون آموزشی دانشکده: تاریخ: