

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 داور خارجی:

اصلاحات پیشنهادی در نسخه نهایی پایان نامه لحاظ شده است.

تاریخ:

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 دانشجو 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: