

فرم تایید تاریخ و زمان دفاع پروپوزال توسط استاد راهنما

معاون محترم پژوهشی دانشکده دندانپزشکی شهرکرد

به اطلاع می‌رساند روز مورخ ساعت

جهت دفاع پروپوزال خانم/آقای دانشجوی مقطع:

رشته: با عنوان.....

.....

مورد تایید اینجانب می‌باشد.

امضای استاد راهنما

