

فرم شماره 19

دانشکده بهداشت

**شرکت در جلسه دفاع از پایان­نامه/رساله**

بدینوسیله گواهی می­شود

آقای/خانم دانشجوی مقطع

رشته در جلسه دفاع پایان­نامه آقای/خانم دانشجوی مقطع: رشته:

با عنوان:

که در مورخه: در محل: برگزار شد، حضور داشته­است.

نام و نام خانوادگی مدیر گروه امضا

(نام و نام خانوادگی) نماینده تحصیلات تکمیلی دانشکده تاریخ و امضا