|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| دانشکده بهداشت و تغذیه | **بسمه تعالي**  فرم شماره 6  **داوری پایان نامه كارشناسي ارشد** | **تاريخ :**  **شماره :**  **پيوست** : پایان نامه دانشجو |
| **استاد گرامي جناب آقاي/سركار خانم دکتر**  با احترام به پیوست پایان نامه آقای / خانم ..........................دانشجوی رشته جهت مطالعه و اظهار نظر تقدیم می شود. خواهشمند است به عنوان داور پایان نامه مزبور را مطالعه و نظر کتبی خود را جهت حضور در جلسه دفاع حداکثر ظرف 10 روز از تاریخ دریافت به گروه دانشکده اعلام فرمایید.    معاون آموزشی دانشکده تاریخ و امضا  برگزاری جلسه دفاع از پایان نامه بلامانع است. □  برگزاری جلسه دفاع از پایان نامه مشروط به اعمال اصلاحات پیشنهادی پیوست بلامانع است. □  پایان نامه ارائه شده برای دفاع مناسب نیست . □  نام و نام خانوادگی داور تاریخ و امضا        **مدیر تحصیلات تکمیلی استاد راهنما**  **تاریخ و امضاء تاریخ و امضاء** | | |