



دانشگاه علوم پزشکی تهران
دانشکده بهداشت

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

دانشکده بهداشت

معاونت آموزشی

فرم درخواست مجوز امتحان جامع دانشجویان دکتری

گروه آموزشی:

نام و نام خانوادگی دانشجویان:

-1

-2

-3

-4

-5

مرتبۀ علمی	دانشگاه / مؤسسه	نام و نام خانوادگی	هیأت داوران
			اساتید راهنمای تحصیلی
			مدیر گروه آموزشی
			داور داخلی
			داور داخلی
			داور خارجی
			داور خارجی
			نماینده پیشنهادی شورای تحصیلات تکمیلی

تاریخ امتحان شفاهی:

تاریخ امتحان کتبی:

امضای مدیر گروه آموزشی