

تاریخ:
شماره:
پیوست:



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان
معاونت آموزشی
مدیریت تحصیلات تکمیلی

فرم تعیین نماینده معاونت آموزشی آزمون جامع دانشجویان دکتری تخصصی (Ph.D)

جناب آقای دکتر / سرکار خانم دکتر

سرپرست محترم معاونت آموزشی دانشگاه

باسلام و احترام

نظر به برگزاری آزمون جامع دانشجویان دکتری تخصصی (Ph.D) رشته در تاریخ های و
(آزمون کتبی) و در تاریخ (آزمون ارزیابی عینی عملکرد)، خواهشمند است یک نفر عضو هیات علمی با حداقل مرتبه
استادیار پژوهشی با سه سال سابقه تدریس یا تحقیق در دوره های تحصیلات تکمیلی را به عنوان نماینده آن معاونت جهت حضور
در آزمون مذکور معرفی فرمایید.

نام و امضای سرپرست گروه:

مسوول محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده

احتراما، جناب آقای دکتر/ سرکار خانم دکتر به عنوان نماینده معاونت آموزشی در آزمون جامع معرفی
می گردند.

نام و امضای معاون آموزشی دانشگاه: