



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود  
دانشکده پزشکی

## فرم ۹: تحویل نسخه نهایی پایان نامه

بدینوسیله اعلام می دارد یک نسخه از پایان نامه دانشجو آقای / خانم.....

دانشجوی رشته ..... گرایش ..... مقطع .....

در تاریخ ..... به اینجانب تحویل گردید.

شایان ذکر است اینجانب در جلسه دفاع از پایان نامه نامبرده د تاریخ ..... ساعت .....

لغایت..... شرکت خواهم کرد .

نام و نام خانوادگی	امضاء	ملاحظات

تایید نهایی توسط استاد راهنما

امضاء