



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود
دانشکده پزشکی

فرم ۱-۳: فرم شرکت در آزمون جامع دانشجویان دکتری
تخصصی (Ph.D.)

سرپرست محترم گروه:

بدینوسیله به اطلاع می‌رساند، جناب آقای
پایان رسانیده است. لذا شرکت در آزمون جامع بلامانع اعلام می‌گردد.

نام و امضای استاد راهنمای تحصیلی:

مدیر محترم گروه

به اطلاع می‌رساند، نامبرده تاکنون کلیه واحدهای درسی خود را به استثنای پایان نامه با معدل
گذرانیده است و شرکت ایشان در امتحان جامع بلامانع می‌باشد.

نام و امضای کارشناس تحصیلات تکمیلی:

مسوول محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده

احتراما، جناب آقای / سرکار خانم دانشجوی دکتری تخصصی رشته
می‌گردد، خواهشمند است جهت تشکیل جلسه آزمون جامعه کتبی در تاریخ های
عینی در تاریخ از اعضای هیات ممکنه دعوت بعمل آورید.

نام و امضای مدیر گروه: