

کد مدرک: DS-SAA-FM-276	بسمه تعالی فرم ارزشیابی پایان نامه دانشجویان دندانپزشکی	 دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
شماره بازنگری: 04		

فرم ارزشیابی پایان نامه ۲ دانشجویان دندانپزشکی

سال تحصیلی: ترم:

نام دانشجو:	شماره دانشجویی:	تاریخ ثبت پایان نامه:
عنوان پایان نامه:		
<input type="checkbox"/> دانشکده دندانپزشکی:	<input type="checkbox"/> شعبه پرودیس خودگردان:	

نام استاد راهنما ۱:	امضاء
نام استاد راهنما ۲:	امضاء
نام استاد مشاور ۱:	امضاء
نام استاد مشاور ۲:	امضاء

	نظر مشاور آمار: الف - روش تحقیق: ب - بررسی آماری: ج - نمره نمونه گیری: نام و نام خانوادگی:
امضاء و تاریخ:	

نمره رساله ۲:

	امضاء استاد راهنما ۱:
تاریخ:	
	امضاء استاد راهنما ۲:
تاریخ:	

امضاء نماینده پژوهشی گروه:

امضاء معاون پژوهشی دانشکده:

معاون آموزشی دانشکده: