



گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

فرم صورتجلسه دفاع

تاریخ:	ساعت:
نام دانشجو/دانشجویان:	
عنوان پروژه:	
متن صورتجلسه:	
نمره پروژه: () به حروف:	

امضا	نام و نام خانوادگی	استاد مربوطه
		استاد راهنما
		استاد مشاور
		استاد مشاور
		داور داخلی
		داور داخلی
		مسئول آموزش