



دانشگاه علوم پزشکی تبریز

بسمه تعالی

فرم ارزیابی نهایی پایان نامه

نام دانشجو: مقطع تحصیلی: رشته تحصیلی:

عنوان پایان نامه:

استاد راهنما:

دانشکده: پزشکی

تاریخ تصویب:

ردیف	نام و نام خانوادگی	درجه تحصیلی و مرتبه علمی	امضا
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			

در مورخه دفاع و با نمره و درجه مورد تأیید قرار گرفت.

معاون تحقیقات و فن آوری دانشکده

مسئول امور پایان نامه ها