



فرم شماره ۱



بسمه تعالی

فرم درخواست برگزاری پیش دفاع پایان نامه دانشجویان مقطع دکتری
دانشکده بهداشت

معاونت محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده بهداشت

بدین وسیله آقا/ خانم با شماره دانشجویی:..... دانشجوی دکتری
رشته..... جهت برگزاری جلسه پیش دفاع در روز..... مورخ ساعت
..... در محل معرفی می گردد. خواهشمند است جهت برگزاری جلسه پیش دفاع
نامبرده اقدامات مقتضی صورت پذیرد./

عنوان پایان نامه:

.....

امضاء	نام و نام خانوادگی	اعضای هیأت داوران
		استاد راهنمای اول :
		استاد راهنمای دوم:
		استاد مشاور اول:
		استاد مشاور دوم:
		استاد مشاور سوم :
		داور داخل گروه:
		داور خارج از گروه:

نام و نام خانوادگی مدیر گروه:

تاریخ و امضا:

۱- جلسه پیش دفاع با حضور اساتید راهنما ، مشاور و **یک نفر داور داخلی** رسمیت می یابد.

۲- فاصله جلسه پیش دفاع و دفاع نهایی دانشجو حداقل باید دو هفته باشد .



فرم شماره ۲

بسمه تعالی

فرم صورتجلسه پیش دفاع دانشجویان
مقطع دکتری / دانشکده بهداشت



نام و نام خانوادگی دانشجو: شماره دانشجویی:

رشته: تاریخ پیش دفاع:

عنوان پایان نامه:

.....

۱- وضعیت اولیه پیش دفاع دانشجو را در موارد زیر مشخص فرمایید.

موضوعات:	عالی	بسیار خوب	خوب	قابل قبول	غیر قابل قبول
۱- مطابقت با اولویتهای تحقیقاتی، بکر بودن و نوآوری، ضرورت انجام تحقیق					
۲- کیفیت طراحی و متدولوژی تحقیق، استفاده از روش مناسب، در نظر گرفتن عوامل مخدوش کننده و ...					
۳- خلاصه، مقدمه، مروری بر مطالعات گذشته، مواد و روش ها، نتایج، بحث، منابع					
۴- چگونگی انتقال مطلب به حاضرین و نحوه بیان					
۵- میزان تسلط بر مطالب					
۶- چگونگی پاسخ دهی به سؤالات					
۷- استفاده مطلوب از وسایل سمعی و بصری					
۸- رعایت زمان بندی					
۹- پذیرش یا چاپ مقاله در مجلات معتبر					

۲- با توجه به آیتم ۱:

- دانشجو می تواند جلسه دفاع از پایان نامه را برگزار کند.

- لازم است مجدداً جلسه پیش دفاع تکرار شود.

اعضای هیأت داوران	نام و نام خانوادگی	رتبه علمی	محل خدمت	امضاء
۱- استاد راهنمای اول				
۲- استاد راهنمای دوم				
۳- استاد مشاور اول				
۴- استاد مشاور دوم				
۵- استاد مشاور سوم				
داور داخل گروه:				
داور خارج از گروه:				
مدیر گروه:				

*با عنایت به تایید اعضای هیات داوران بدینوسیله بلامانع بودن برگزاری جلسه دفاع نهایی از نظر قوانین و مقررات

آموزشی و پژوهشی دانشگاه اعلام می شود. /

معاون تحصیلات تکمیلی دانشکده

نام و نام خانوادگی:

تاریخ و امضاء