محل درج لوگوی گروه آموزشی

|  |
| --- |
| به نام پروردگار مهرباندانشکده علوم پیراپزشکی مشهداطلاعیه برگزاری جلسه دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد / دکترای تخصصیعنوان:نام و نام خانوادگی دانشجو:رشته و مقطع تحصیلی:نام اساتید راهنما:نام اساتید مشاور:ساعت و تاریخ برگزاری:محل برگزاری:حضور تمامی دانشجویان تحصیلات تکمیلی گروه آموزشی مربوطه در جلسه دفاع الزامی است. |