

بِسْمِ تَعَالَى

**PDF Compressor Free Version**



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران  
دانشکده علوم توانبخشی

**(فرم تایید تکمیل پایان نامه)**

اینجانب ..... استاد راهنمای پایان نامه کارشناسی ارشد / دکتر / خانم / آقای ..... تحت  
عنوان .....  
بدینوسیله تایید مینمایم که پایان نامه از نظر اینجانب تکمیل و آماده دفاع میباشد.

تأیید مدیر گروه آموزشی

امضاء استاد راهنما

تاریخ

تاریخ:

این تأییدیه در تاریخ ..... به اداره آموزش و تحصیلات تکمیلی واصل گردید.

معاون آموزشی دانشکده

رئیس اداره آموزش و تحصیلات تکمیلی

امضاء

امضاء

آدرس: تهران، میرداماد، میدان مادر، خیابان شهید شاه نظری، کوچه مددکاران، دانشکده علوم توانبخشی

صندوق پستی: ۴۳۹۱-۱۵۸۱۷۵ تلفن: ۲-۲۲۲۲۸۰۵۱ ، ۲۲۲۲۷۱۵۹