



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان  
مدیریت امور تحقیقات و اطلاع رسانی پزشکی

شماره: .....  
تاریخ: .....  
پیوست: .....

**فرم تسویه حساب معاونت پژوهشی دانشکده دندانپزشکی**

گواهی می شود دانشجو خانم/ آقای..... تعداد ..... جلد از پایان نامه صحافی شده دوره دکترای عمومی دندانپزشکی را به اینجانب ..... به عنوان استاد راهنمای اول تحویل داده است.

**امضا و مهر استاد راهنمای اول**

گواهی می شود دانشجو خانم/ آقای..... تعداد ..... جلد از پایان نامه صحافی شده دوره دکترای عمومی دندانپزشکی را به اینجانب ..... به عنوان استاد راهنمای دوم تحویل داده است.

**امضا و مهر استاد راهنمای دوم**

گواهی می شود دانشجو خانم/ آقای..... تعداد ..... جلد از پایان نامه صحافی شده دوره دکترای عمومی دندانپزشکی را به اینجانب ..... به عنوان استاد مشاور علمی تحویل داده است.

**امضا و مهر استاد مشاور علمی**

.....

گواهی می شود دانشجو خانم/ آقای..... تعداد ..... جلد از پایان نامه صحافی شده دوره دکترای عمومی دندانپزشکی را به اینجانب ..... به عنوان مسئول کتابخانه تحویل داده است.

**امضا و مهر مسئول کتابخانه**