



بسمه تعالی

فرم گزارش عملکرد دانشجوین دکتری تخصصی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

شماره ثبت:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی

	نام دانشجو:	فعالیت‌های خارج از دانشکده
تاریخ:.....	سال ورود:	نام محل:
	نام استاد راهنما/مشاور:	
	تاریخ گزارش:	میزان فعالیت در محل (ساعت):
نظر مدیر گروه:		
نظر کارشناس تحصیلات تکمیلی:		
نظر مدیر تحصیلات تکمیلی:		
نظر رئیس دانشکده:		