

دانشگاه علوم پزشکی کاشان

دانشکده پزشکی

جلسه دفاع پایان نامهدکترای تخصصی/کارشناسی ارشد/پزشکی عمومی

عنوان پایان نامه:

استاد راهنما:

استاد مشاور:

دانشجو :

تاریخ برگزاری : **روز تاریخ ساعت**

**محل برگزاری:** تالار حکیم معاونت پژوهشی دانشکده پزشکی