



بسمه تعالی
دانشکده بهداشت

شماره:
تاریخ:
پیوست:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
شهید صدوقی یزد

فرم تعهد ارسال به موقع پایان نامه به اساتید راهنما، مشاوران و داوران

اینجانب.....دانشجوی رشته.....مقطع.....
متعهد می شوم که حداقل یک هفته قبل از جلسه دفاع نسبت به ارسال پایان نامه
به اساتید راهنما، مشاوران و داوران اقدام نمایم. در غیر اینصورت جلسه دفاع
اینجانب برگزار نمی شود.

امضاء دانشجو:

یزد: میدان عالم، بلوار شهدای گمنام، پردیس دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دانشکده بهداشت
تلفن: ۰۳۵-۳۸۲۰۹۱۰۰ فاکس: ۰۳۵-۳۸۲۰۹۱۱۹ کد پستی: ۸۹۱۵۱۷۳۱۶۰ صندوق پستی: ۸۸۷

آدرس وب سایت: sphealth.ssu.ac.ir