

# کواهی اتمام درمان ۴ بیمار ارائه شده به هیأت ممیته بورده تخصصی ارتودنسی ۱۴۰۰

نام و نام خانوادگی دستیار:

نام و نام خانوادگی سرپرست تخصصی:

تاریخ شروع دوره:

تاریخ اتمام دوره:

دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی -----

مشخصات بیمار Case Description	نام و نام خانوادگی بیمار	سن در زمان شروع درمان (سال و ماه)	نوع مال اکلوژن	تاریخ شروع درمان	تاریخ خاتمه درمان	نام و نام خانوادگی استاد	نام و نام خانوادگی استاد امضا و تاریخ
Four quadrant extraction case							
Orthognathic Surgery / Impacted teeth							
Non-Surgical CL II /CL III							
Non-Surgical Open bite / Post Cross bite							

نام و نام خانوادگی / امضاء رئیس دانشکده

نام و نام خانوادگی / امضاء مدیر گروه

نام و نام خانوادگی / امضاء سرپرست تخصصی