

اداره کل تحصیلات تکمیلی

برگ درخواست مجوز تمدید سنوات تحصیلی در دوره دکتری

 دانشکده: گروه اموزشی:

 نام ونام خانوادگی دانشجو: شماره دانشجویی: ورودی:

رشته و گرایش: تعداد واحد های گذرانیده: معدل:

 درخواست تمدید سنوات برای ترم نهم □ درخواست تمدید سنوات برای ترم دهم □

 -----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

توجیه و نظر استاد راهنمای پایان نامه:

نام ونام خانوادگی استاد راهنما: تاریخ و امضاء

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

نظریه کمیته تحصیلات تکمیلی گروه:در جلسه مورخ مطرح وبه دلایل زیر موافقت شد □ مخالفت شد □

نام ونام خانوادگی مدیر گروه تلریخ وامضاء:

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- ----

نظر شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده: در جلسه مورخ مطرح وبه دلایل زیر موافقت شد □ مخالفت شد □

نام و نام خانوادگی معاون تحصیلات تکمیلی دانشکده: تاریخ وامضاء

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

نظر شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه:در جلسه مورخ مطرح وبه دلایل زیر موافقت شد □ مخالفت شد □

نام ونام خانوادگی مدیر تحصیلات تکمیلی: تاریخ وامضاء: