

نظر استاد راهنما:

امضاء و تاریخ

نظر مدیر گروه:

برای ارسال به شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده:

شماره:

تاریخ:

مهر و امضاء و تاریخ

شماره:

تاریخ:

نظر شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده (تشکیل شده در تاریخ (

برای ارسال به تحصیلات تکمیلی دانشگاه:

مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده

مهر و امضاء

محل شماره ثبت دفتر

از مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه به کارشناس تحصیلات تکمیلی خانم/ آقای

با توجه به نظر شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده لطفاً موضوع درخواست مذکور را برای تطابق با آیین نامه ها، مقررات و مصوبات بررسی نموده و اعلام نظر فرمایید.

مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه

نظر کارشناس تحصیلات تکمیلی دانشگاه:

امضاء کارشناس:

تاریخ:

نظر مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه: موافقت می گردد موافقت نمی گردد

در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه مطرح گردد

امضاء و تاریخ:

نظر شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه:

براساس بند صورتجلسه مورخ با درخواست مذکور موافقت شد مخالفت شد