



**بسمه تعالی**  
**مدیریت تحصیلات تکمیلی**  
**فرم شماره ۱۲**  
**فرم درخواست دفاع از رساله دکتری**

اینجانب ..... دانشجوی دوره دکتری رشته ..... گرایش .....  
 ورودی سال ..... به شماره دانشجویی ..... ضمن ارائه یک نسخه رساله تایپ شده درخواست برگزاری جلسه دفاع از رساله با عنوان: ..... را دارم.  
 ضمناً تعهد می نمایم که طی حداکثر ۲ ماه از تاریخ دفاعیه، نسبت به تسویه حساب اقدام نمایم. در غیر اینصورت همه عواقب آموزشی- اداری بر عهده اینجانب می باشد.

\* تاریخ تصویب طرح پیشنهادی رساله در جلسه شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده:

نام و نام خانوادگی دانشجو:

امضاء:

تاریخ:

**< تأییدیه استاد (استادان) راهنما :**

مراتب فوق مورد تأیید است. پیشنهاد می شود در تاریخ ..... روز ..... ساعت ..... جلسه دفاعیه در محل ..... برگزار شود.

نام و نام خانوادگی استاد (استادان) مشاور:

امضاء:

تاریخ:

نام و نام خانوادگی استاد (استادان) راهنما:

امضاء:

تاریخ:

\* ضمناً اسامی داوران پیشنهادی به شرح فرم پیوست تقدیم می گردد.

**< تأییدیه دانشکده :**

مراتب در جلسه شماره ..... مورخ ..... شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده ..... بررسی و حداکثر نمره دفاع از رساله

دانشجو با توجه به نسبت (مجموع) ضریب تاثیر مقاله (مقالات) به ضریب تاثیر میانگین ..... تعیین شد.

\* پذیرش / چاپ مقاله (مقالات) تحقیقی کامل مستخرج از رساله (مجلات ISI یا ISC)

- (مجموع) ضریب تاثیر:

- میانگین ضریب تاثیر (رشته / گرایش دانشجو):

$$= \frac{\sum IF}{MIF}$$

- تعداد مقالات:

- نماینده پیشنهادی تحصیلات تکمیلی دانشکده:

نام و نام خانوادگی رئیس دانشکده:

امضاء:

تاریخ:

**< نظر تحصیلات تکمیلی :**

با توجه به مراتب فوق، برگزاری جلسه دفاعیه با ترکیب کمیته داوران زیرمورد موافقت قرار گرفت. / نگرفت.

مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه

۱- نماینده تحصیلات تکمیلی مورد تأیید شورا:

۱- داور ۱:

۲- داور ۲:

۳- داور ۳:

معرفی داوران جهت حضور در جلسه دفاعیه دانشجوی دوره دکتری آقای / خانم .....

۱- جناب آقای / سرکار خانم .....

▪ عضو هیأت علمی دانشگاه: مرتبه علمی:

▪ شماره تلفن و فاکس:

▪ آدرس محل کار:

▪ آدرس محل سکونت:

۲- جناب آقای / سرکار خانم .....

▪ عضو هیأت علمی دانشگاه: مرتبه علمی:

▪ شماره تلفن و فاکس:

▪ آدرس محل کار:

▪ آدرس محل سکونت:

۳- جناب آقای / سرکار خانم .....

▪ عضو هیأت علمی دانشگاه: مرتبه علمی:

▪ شماره تلفن و فاکس:

▪ آدرس محل کار:

▪ آدرس محل سکونت:

نام و نام خانوادگی استاد (استادان راهنما):

امضاء:

نام و نام خانوادگی رئیس دانشکده:

امضاء:

توضیح: تعداد داوران انتخابی سه نفر است که بایستی دو نفر از آنها دارای درجه استادیاری با سه سال سابقه تدریس و تحقیق در دوره های تحصیلات تکمیلی و حداقل یک نفر از خارج دانشگاه و دارای حداقل رتبه دانشیاری باشد.

پیوست شماره ۲

مشخصات مقالات چاپ شده در مجلات ( تصویر کلیه صفحات مقاله پیوست گردد)

عنوان مقاله:

نام مجله:

نمایه معتبر:  ISI  ISC

ضریب تاثیر:

توجه: گواهی ISI یا ISC بودن مقاله ضمیمه گردد.

عنوان مقاله:

نام مجله:

نمایه معتبر:  ISI  ISC

ضریب تاثیر:

توجه: گواهی ISI یا ISC بودن مقاله ضمیمه گردد.

عنوان مقاله:

نام مجله:

نمایه معتبر:  ISI  ISC

ضریب تاثیر:

توجه: گواهی ISI یا ISC بودن مقاله ضمیمه گردد.

عنوان مقاله:

نام مجله:

نمایه معتبر:  ISI  ISC

ضریب تاثیر:

توجه: گواهی ISI یا ISC بودن مقاله ضمیمه گردد.