



بسمه تعالی

مدیریت تحصیلات تکمیلی

فرم درخواست دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد (ویژه دانشجویان نوبت دوم)

گرایش

دانشجوی دوره کارشناسی ارشد رشته

اینجانب

ضمن ارائه یک نسخه پایان نامه تایپ شده درخواست برگزاری جلسه دفاع

به شماره دانشجویی

ورودی سال

از پایان نامه 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 پایان نامه 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:

نام و نام خانوادگی استاد (استادان) راهنما:

امضاء:

امضاء:

تاریخ:

تاریخ:

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

< تأییدیه دانشکده :

مراتب در جلسه شماره مورخ شورای دانشکده بررسی و مورد موافقت قرار گرفت / نگرفت.

نماینده پیشنهادی تحصیلات تکمیلی دانشکده:

نام و نام خانوادگی رئیس دانشکده:

امضاء:

تاریخ:

< تأییدیه مدیریت مالی

با امور مالی دانشگاه تسویه حساب نموده است.

بدینوسیله اعلام می دارد که دانشجو آقای / خانم

نام و نام خانوادگی مدیر/مسئول امور مالی

امضاء و مهر:

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 تایید شورا:

۲- داور ۱:

۳- داور ۲:



بسمه تعالی

مدیریت تحصیلات تکمیلی

فرم درخواست دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد دوره روزانه

اینجانب دانشجوی دوره کارشناسی ارشد رشته گرایش

ورودی سال به شماره دانشجویی ضمن ارائه یک نسخه پایان نامه تایپ شده درخواست برگزاری جلسه دفاع

از پایان نامه 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 پایان نامه 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) راهنما: نام و نام خانوادگی استاد (استادان) مشاور:

امضاء: امضاء:

تاریخ: تاریخ:

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

< تأییدیه دانشکده :

مراتب در جلسه شماره مورخ شورای دانشکده بررسی و مورد موافقت قرار گرفت / نگرفت.

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 تایید شورا:

۲- داور ۱:

۳- داور ۲:

معرفی داوران جهت حضور در جلسه دفاعیه دانشجوی دوره کارشناسی ارشد 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:

نام و نام خانوادگی استاد (استادان راهنما):

امضاء:

نام و نام خانوادگی رئیس دانشکده:

امضاء: