

شناسه: ۵/۳/د
تاریخ:
پیوست:

فرم تعداد دفعات شرکت دانشجویان تحصیلات تکمیلی
در جلسات دفاع



دانشکده: گروه آموزشی: شماره دانشجویی:
نام و نام خانوادگی دانشجو: کارشناسی ارشد دکتری

ردیف	عنوان دفاع و تاریخ برگزاری	نام ارائه کننده	تاریخ تایید	امضا مدیر گروه
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				
۹				
۱۰				

قابل ذکر است:

- ۱- با توجه به مصوبات دانشکده ها، ارائه این فرم توسط دانشجو در هنگام کسب مجوز دفاع به گروه آموزشی و دانشکده الزامی است.
- ۲- مدیر محترم گروه، این فرم را طبق فرم تاییدیه حضور دانشجو در جلسات، بررسی و برای هر مورد حداکثر دو هفته بعد از تشکیل جلسات، تایید و به دانشجو تحویل می نماید.

نام و نام خانوادگی رییس/ معاون دانشکده: امضا:

رونوشت: کارشناس تحصیلات تکمیلی آموزش کل