|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Meyboduni-Logo-Colorful-fa-black  **مدیریت تحصیلات تکمیلی** | **فرم تاییدیه حضور در جلسات دفاع**  **دانشجویان تحصیلات تکمیلی**  **)پیشنهادی(** | **شناسه: د/3/4**  **تاریخ :**  **پيوست:** |
| عنوان پایان­نامه/ رساله: .................................................................................................................................................................................................................................  نام و نام خانوادگی ارائه کننده: .................................. تاریخ و ساعت برگزاری:............................شماره دانشجویی: ..................................................  **اسامی دانشجویان دوره­های تحصیلات تکمیلی حاضر در جلسه:**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **شماره دانشجویی** | **امضا** | **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **شماره دانشجویی** | **امضا** | | **1** |  |  |  | **11** |  |  |  | | **2** |  |  |  | **12** |  |  |  | | **3** |  |  |  | **13** |  |  |  | | **4** |  |  |  | **14** |  |  |  | | **5** |  |  |  | **15** |  |  |  | | **6** |  |  |  | **16** |  |  |  | | **7** |  |  |  | **17** |  |  |  | | **8** |  |  |  | **18** |  |  |  | | **9** |  |  |  | **19** |  |  |  | | **10** |  |  |  | **20** |  |  |  |   این فرم توسط ناظر محترم تحصیلات تکمیلی در جلسه دفاع تکمیل و بعد از تایید استاد راهنما به کارشناس آموزش دانشکده تحویل می­گردد (دقت فرمایید تعداد امضاء با تعداد دانشجویان حاضر در جلسه مطابقت داشته باشد(.  نام و نام خانوادگی ناظر تحصیلات تکمیلی: .......................................................................... امضاء:  نام و نام خانوادگی استاد راهنما: .............................................................................................. امضاء:  **نام و نام خانوادگی مدیر تحصیلات تکمیلی:**  **امضاء:** | | |