



### فرم احراز شرایط پایان تحصیلات دوره دکتری\*

از: استاد راهنما

به: مسئول تطبیق دانشکده

باسلام، ضمن ارسال ریز نمرات سرکار خانم/جناب آقای: ..... به شماره دانشجویی

رشته ..... دانشکده ..... دکتری مقطع ..... دانشجویی .....

گرایش ..... به اطلاع می‌رسانم که با توجه به جدول زیر، ایشان در کلیه دروس/واحدهای لازم برای دریافت درجه دکتری، نمره قبولی اخذ کرده‌اند.

تعداد واحد دروس الزامی قابل تطبیق	تعداد واحد دروس جبرانی
تعداد واحد دروس انتخابی قابل تطبیق	تعداد واحد دروس اضافه
تعداد واحد سمینار قابل تطبیق	تعداد واحد گذرانده (بدون دروس جبرانی)
تعداد واحد پایان‌نامه قابل تطبیق	تعداد واحد لازم برای فراغت از تحصیل

نام و نام خانوادگی استاد راهنما: ..... امضا ..... تاریخ / / ۱۳۹۰

تایید مسئول تطبیق دانشکده

مراتب فوق مورد تایید است.

نام و نام خانوادگی مسئول تطبیق دانشکده: ..... امضا ..... تاریخ / / ۱۳۹۰

تایید معاون تحصیلات تکمیلی دانشکده

طبق ضوابط آیین‌نامه آموزشی دانشکده، دانش آموختگی نامبرده بلامانع است.

نام و نام خانوادگی معاون تحصیلات تکمیلی دانشکده: ..... امضاء و مهر ..... تاریخ / / ۱۳۹۰

تایید رییس دانشکده

ادامه انجام امور دانش آموختگی بلامانع است. تاریخ / / ۱۳۹۰

نام و نام خانوادگی رییس دانشکده ..... امضا و مهر دانشکده

تایید دفتر دانشکده

نام و نام خانوادگی مسئول مربوط: ..... امضا

تاریخ / / ۱۳۹۰

تایید معاونت فرهنگی

نام و نام خانوادگی کارشناس

تاریخ / / ۱۳۹۰

تایید دفتر ارتباط با دانش آموختگان

نام و نام خانوادگی کارشناس

تاریخ / / ۱۳۹۰

تایید کتابخانه مرکزی

نام و نام خانوادگی کارشناس

تاریخ / / ۱۳۹۰

این قسمت توسط دانش آموخته تکمیل گردد

نام و نام خانوادگی ..... شماره دانشجویی

نشانی دائم: ..... کد پستی ..... تلفن ثابت ..... ( )

نشانی فعلی: ..... کد پستی ..... تلفن همراه ..... ( )

آدرس پست الکترونیکی ..... امضا ..... تاریخ / / ۱۳۹

تایید اداره رفاه دانشجویی

نام و نام خانوادگی کارشناس

تاریخ / / ۱۳۹

تایید اداره امور خوابگاه ها

نام و نام خانوادگی کارشناس

تاریخ / / ۱۳۹

تایید اداره تغذیه

نام و نام خانوادگی کارشناس

تاریخ / / ۱۳۹

تایید کارشناس تحصیلات تکمیلی دانشگاه

توضیح ضروری: .....

نام و نام خانوادگی: ..... امضا ..... تاریخ / / ۱۳۹

تایید امور مالی آموزشهای آزاد دانشگاه

• فقط جهت دانشجویان بورسیه وزارت علوم و دستگاههای اجرایی.

توضیحات: .....

نام و نام خانوادگی کارشناس: ..... امضا ..... تاریخ / / ۱۳۹

تایید اداره دانش آموختگان

پرونده دانشجو از نظر رعایت آیین نامه ها و مقررات بررسی شد.

نام و نام خانوادگی رییس اداره دانش آموختگان: ..... امضا ..... تاریخ / / ۱۳۹

تایید مدیر تحصیلات تکمیلی

با دانش آموختگی نامبرده فوق موافقت می شود.

امضا مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه ..... تاریخ / / ۱۳۹