



باسمه تعالی

فرم مجوز آموزشی و پژوهشی دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد

مسئول محترم پژوهش دانشکده

با سلام، اینجانب..... به شماره دانشجویی..... دانشجوی رشته.....
گرایش..... متقاضی دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد خود هستم. خواهشمند است نسبت به تأیید
سوابق آموزشی و پژوهشی اینجانب و اطلاع به گروه آموزشی..... اقدام فرمایید.

امضا دانشجو: تاریخ:

مسئول محترم آموزش دانشکده

با سلام، مورد زیر بررسی گردید.

تصویب نامه طرح شماره (۳): دارد ندارد

مسئول پژوهش دانشکده: امضاء و تاریخ:

مدیر محترم گروه آموزشی.....

با سلام، موارد زیر بررسی گردید.

واحدهای پیشنهادی: گذرانده شده است گذرانده نشده است

توضیح:

واحدهای آموزشی و سمینار: گذرانده شده است گذرانده نشده است معدل.....

توضیح:

سنووات تحصیلی:

با رعایت کلیه مقررات دفاع دانشجو بلامانع است دفاع دانشجو به دلایل زیر امکان پذیر نیست

توضیح:

دوره‌های سواد اطلاعاتی: گذرانده شده است گواهی پیوست است.

گذرانده نشده است

*این مجوز حداکثر تا تاریخ..... اعتبار دارد.

مسئول آموزش دانشکده: امضاء و تاریخ:



دانشگاه علوم ریاضی

باسمه تعالی

شماره :
تاریخ :
این قسمت توسط کارشناس گروه
تکمیل می شود.

فرم تقاضای دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد

مدیر محترم گروه آموزشی

با سلام، بدین وسیله آمادگی آقای/ خانم دانشجوی کارشناسی ارشد رشته.....
گرایش..... ورودی نیمسال سال تحصیلی را جهت دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد خود
اعلام می دارد. ضمناً" فرم تأیید شده مجوز آموزشی دفاع و یک نسخه از پایان نامه دانشجو پیوست است.

عنوان پایان نامه :

.....

کمیته داوران پیشنهادی به شرح زیر است. (درج نام اساتید راهنما و مشاور الزامی است)

ردیف	نام و نام خانوادگی	مرتبه علمی	رشته تحصیلی	شاخه تخصصی	نام دانشگاه محل خدمت	سمت در هیات داوران
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						

نام استاد (استادان) راهنما:

تاریخ و امضاء:

نام استاد(استادان) مشاور:

تاریخ و امضاء:

صفحه ۱

(این فرم به صورت دورو تکثیر شود)

دبیر محترم تحصیلات تکمیلی

خواهشمند است بررسی و اعلام نظر اولیه فرمایید .

تاریخ و امضاء:

نام مدیر گروه:

مدیر محترم گروه آموزشی

فرم مجوز آموزشی و دو نسخه تحویل شده پایان نامه بررسی و نتیجه جهت طرح در کمیته تحصیلات تکمیلی به شرح زیر اعلام می گردد.

- انجام دفاع بلامانع است
 انجام دفاع ممکن نیست

توضیحات :

امضاء و تاریخ:

نام دبیر کمیته تحصیلات تکمیلی:

معاون محترم پژوهش و فناوری دانشکده

مراتب فوق در جلسه مورخ کمیته تحصیلات تکمیلی گروه مطرح و مورد موافقت قرار گرفت . توضیحات :

گرفت و مقرر شد از نامبردگان ذیل و سرکار خانم/ جناب آقای دکتر به عنوان نماینده تحصیلات تکمیلی برای برگزاری جلسه دفاع در تاریخ ساعت و در محل دعوت به عمل آید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	مرتبه علمی	رشته تحصیلی	شاخه تخصصی	نام دانشگاه محل خدمت	سمت در هیات داوران
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						

تاریخ و امضاء:

نام مدیر گروه:

* تاریخ مجاز دفاع حداقل ۱۵ روز بعد از تاریخ تأیید نهایی مدیر محترم گروه آموزشی است.

مسئول محترم پژوهشی دانشکده

با سلام، مقتضی است هماهنگی های لازم انجام پذیرد.

تاریخ و امضاء:

معاون پژوهش و فناوری دانشکده: