

بسمه تعالی

تاریخ:

شماره:

پیوست:

واحد:

درخواست تمدید سنوات دانشجویان تحصیلات تکمیلی

| | | | |
|----------|--------------|----------------------------|---------------|
| اینجانب | دانشجوی رشته | مقطع دکتری / کارشناسی ارشد | به شماره |
| دانشجویی | ورودی نیمسال | سال تحصیلی | به دلایل زیر: |
| ۱- | | | |
| ۲- | | | |
| ۳- | | | |

قادر به اتمام تحصیل در موعد مقرر نمی باشم و متقاضی تمدید سنوات تحصیل در نیمسال اول / دوم ۱۳۰۳ - ۱۳۰۴ برای ترم می باشم.

امضاء دانشجو تاریخ

نظر استاد راهنما :

با درخواست نامبرده به دلایل :

۱-

۲-

۳-

موافقت / مخالفت می شود .

نام و نام خانوادگی استاد راهنما : امضاء استاد راهنما تاریخ

نظر مدیر گروه :

با درخواست تمدید سنوات نامبرده موافقت / مخالفت می شود .

نام و نام خانوادگی مدیر گروه : امضاء مدیر گروه تاریخ

نظر ریاست دانشکده :

موضوع درخواست تمدید سنوات فوق در جلسه مورخ شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده مطرح و بر اساس بند صورتجلسه با تقاضای نامبرده موافقت / مخالفت شد.

نام و نام خانوادگی ریاست دانشکده مهر و امضاء ریاست دانشکده

تاریخ

شماره