



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

به: مسئول تطبیق دانشکده

از: استاد راهنما

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

به شماره دانشجویی:           دانشجوی مقطع دکتری دانشکده: .....

رشته: ..... 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: ..... امضاء ..... تاریخ / / ۱۳۹۹

به: ریاست دانشکده

از: مسئول تطبیق دانشکده

مراتب فوق مورد تأیید است.

نام مسئول تطبیق دانشکده: ..... امضاء ..... تاریخ / / ۱۳۹۹

به: آموزش دانشگاه (اداره دانش‌آموختگان)

از: ریاست دانشکده

طبق ضوابط آیین‌نامه آموزشی، سرکار خانم/جناب آقای ..... شماره نامه: .....

شرایط لازم برای دریافت درجه دکتری را احراز کرده‌اند. تاریخ: / / ۱۳۹۹

نام و نام خانوادگی رئیس دانشکده: ..... امضاء و مهر دانشکده .....

تأیید کارشناس تحصیلات تکمیلی دانشگاه

تاریخ دفاع: ..... توضیح ضروری: .....

نام و نام خانوادگی کارشناس: ..... امضاء ..... تاریخ / / ۱۳۹۹

تأیید امور مالی آموزشهای آزاد

\* فقط جهت دانشجویان بورسیه وزارت علوم و دستگاه‌های اجرایی

توضیحات: : .....

نام و نام خانوادگی کارشناس: ..... امضاء ..... تاریخ / / ۱۳۹۹

\* لازم است این فرم به شکل دورو (پشت و روی یک برگه) تهیه شده باشد.

تأیید دفتر ارتباط با دانش‌آموختگان

نام و نام خانوادگی کارشناس:  
امضاء:

تاریخ / / ۱۳۹۹

تأیید کتابخانه مرکزی

نام و نام خانوادگی کارشناس:  
امضاء:

تاریخ / / ۱۳۹۹

تأیید دفتر دانشکده

نام و نام خانوادگی کارشناس:  
امضاء:

تاریخ / / ۱۳۹۹

تأیید اداره خوابگاه‌ها

نام و نام خانوادگی کارشناس:  
امضاء:

تاریخ / / ۱۳۹۹

تأیید اداره رفاه دانشجویی

نام و نام خانوادگی کارشناس:  
امضاء:

تاریخ / / ۱۳۹۹

این قسمت توسط دانش‌آموخته تکمیل شود

نشانی دائم:

..... کد پستی: ..... تلفن تماس: ( ) (۰)

نشانی فعلی:

..... کد پستی: ..... تلفن تماس: ( ) (۰)

نشانی محل کار:

..... کد پستی: ..... تلفن تماس: ( ) (۰)

تلفن تماس در مواقع ضروری ۱: ( ) (۰)، تلفن تماس در مواقع ضروری ۲: ( ) (۰)

نام و نام خانوادگی: ..... امضاء ..... تاریخ / / ۱۳۹۹

به: مدیر کل تحصیلات تکمیلی

از: اداره دانش‌آموختگان

پرونده دانشجو از نظر رعایت آیین‌نامه‌ها و مقررات بررسی شد.

نام و نام خانوادگی رئیس اداره دانش‌آموختگان: ..... امضاء ..... تاریخ / / ۱۳۹۹

به: اداره دانش‌آموختگان

از: مدیر کل تحصیلات تکمیلی

با فراغت از تحصیل نامبرده موافقت می‌شود. برای صدور گواهی‌نامه اقدام شود.

امضاء مدیر کل تحصیلات تکمیلی دانشگاه ..... تاریخ / / ۱۳۹۹