



فرم احراز شرایط پایان تحصیلات دوره کارشناسی ارشد*

به: مسئول تطبیق دانشکده

از: استاد راهنما

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

رشته دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد دانشکده □□□□□□□□□□

گرایش به اطلاع می‌رسانم که با توجه به جدول زیر، ایشان در کلیه

- با پایان نامه
- روزانه
- شبانه
- بدون پایان نامه

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 / / ۱۴

تایید مسئول تطبیق دانشکده

مراتب فوق مورد تایید است.

نام و نام خانوادگی مسئول تطبیق دانشکده: امضا تاریخ / / ۱۴

تایید معاون تحصیلات تکمیلی دانشکده

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

نام و نام خانوادگی معاون تحصیلات تکمیلی دانشکده: امضا و مهر تاریخ / / ۱۴

تایید رییس دانشکده

ادامه انجام امور دانش آموختگی بلامانع است. تاریخ / / ۱۴

نام و نام خانوادگی رییس دانشکده امضا و مهر دانشکده

تایید دفتر دانشکده

نام و نام خانوادگی مسئول مربوط: امضا

تاریخ / / ۱۴

تایید معاونت فرهنگی

نام و نام خانوادگی کارشناس

تاریخ / / ۱۴

تایید دفتر ارتباط با دانش آموختگان

نام و نام خانوادگی کارشناس

تاریخ / / ۱۴

تایید کتابخانه مرکزی

نام و نام خانوادگی کارشناس

تاریخ / / ۱۴

نام و نام خانوادگی شماره دانشجویی

نشانی دائم: کد پستی تلفن ثابت ()

نشانی فعلی: کد پستی تلفن همراه ()

آدرس پست الکترونیکی امضا تاریخ / / ۱۴

تایید اداره رفاه دانشجویی

نام و نام خانوادگی کارشناس

تاریخ / / ۱۴

تایید اداره امور خوابگاه ها

نام و نام خانوادگی کارشناس

تاریخ / / ۱۴

تایید اداره تغذیه

نام و نام خانوادگی کارشناس

تاریخ / / ۱۴

تایید کارشناس تحصیلات تکمیلی دانشگاه

توضیح ضروری:

نام و نام خانوادگی: امضا تاریخ / / ۱۴

تایید کارشناس آموزشهای آزاد دانشگاه

• جهت دانشجویان کارشناسی ارشد نوبت دوم و دانشجویان کارشناسی ارشد روزانه ورودی ۹۴ به بعد

تسویه حساب انجام شد.

نام و نام خانوادگی کارشناس: امضا تاریخ / / ۱۴

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 / / ۱۴

تایید مدیر تحصیلات تکمیلی

با دانش آموختگی نامبرده فوق موافقت می شود.

امضا مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه امضا تاریخ / / ۱۴