



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 رشته

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

- دروس/واحدهای لازم برای دریافت درجه کارشناسی ارشد، نمره قبولی اخذ کرده‌اند.
- روزانه با پایان نامه
- 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 / / ۱۳۹۹

تایید مسئول تطبیق دانشکده

مراتب فوق مورد تایید است.

نام و نام خانوادگی مسئول تطبیق دانشکده: امضا تاریخ / / ۱۳۹۹

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 / / ۱۳۹۹

تایید رییس دانشکده

ادامه انجام امور دانش آموختگی بلامانع است. تاریخ / / ۱۳۹۹

نام و نام خانوادگی رییس دانشکده امضا و مهر دانشکده

تایید دفتر دانشکده

نام و نام خانوادگی مسئول مربوط: امضا

تاریخ / / ۱۳۹۹

تایید معاونت فرهنگی

نام و نام خانوادگی کارشناس

تاریخ / / ۱۳۹۹

تایید دفتر ارتباط با دانش آموختگان

نام و نام خانوادگی کارشناس

تاریخ / / ۱۳۹۹

تایید کتابخانه مرکزی

نام و نام خانوادگی کارشناس

تاریخ / / ۱۳۹۹

نام و نام خانوادگی شماره دانشجویی

نشانی دائمی: کد پستی تلفن ثابت ()

نشانی فعلی: کد پستی تلفن همراه ()

آدرس پست الکترونیکی امضا تاریخ / / ۱۳۹۹

تایید اداره رفاه دانشجویی

نام و نام خانوادگی کارشناس

تاریخ / / ۱۳۹۹

تایید اداره امور خوابگاه ها

نام و نام خانوادگی کارشناس

تاریخ / / ۱۳۹۹

تایید اداره تغذیه

نام و نام خانوادگی کارشناس

تاریخ / / ۱۳۹۹

تایید کارشناس تحصیلات تکمیلی دانشگاه

توضیح ضروری:

نام و نام خانوادگی: امضا تاریخ / / ۱۳۹۹

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 / / ۱۳۹۹

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 / / ۱۳۹۹

تایید مدیر تحصیلات تکمیلی

با دانش آموختگی نامبرده فوق موافقت می شود.

امضا مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه امضا تاریخ / / ۱۳۹۹