



فرم شماره ۱۵: تعیین و تایید زمان دفاع

با سلام و احترام،

احتراما خواهشمند است در صورت تایید زمان دفاع دانشجوی فوق الذکر فرم ذیل را تایید فرمایید.

مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده

نام دانشجو:	شماره دانشجویی:	مقطع:	رشته:
روز:	ساعت:	تاریخ:	مکان:

امضاء	نام و نام خانوادگی	سمت
		استاد راهنما
		استاد مشار آمار
		استاد مشاور تخصصی
		استاد داور
		استاد داور
		نماینده تحصیلات تکمیلی دانشکده
		نماینده تحصیلات تکمیلی دانشگاه