



تاریخ:

شماره:

## درخواست از کمیته منتخب تحصیلات تکمیلی دانشگاه

درخواست کننده:  دانشجو  استاد راهنما  دانشکده  مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه

(پشت و رو تکثیر شود)

## مشخصات دانشجو

نام و نام خانوادگی:	شماره دانشجویی:	تاریخ و محل تولد:
رشته و گرایش:	رشته و گرایش مقطع قبلی:	معدل مقطع قبلی:
وضعیت نظام وظیفه:	سهمیه قبولی:	نوع ایثارگری:
تعداد مقالات کنفرانس چاپ شده:	<input type="text"/>	تعداد مقالات مجله علمی ترویجی پذیرفته شده: <input type="text"/>
تعداد مقالات مجله علمی پژوهشی پذیرفته شده: <input type="text"/>	تعداد مقالات مجله ISI / ISC پذیرفته شده: <input type="text"/>	

## موضوع درخواست

(در صورت عدم پیوست مدارک مندرج در پائین صفحه درخواست بررسی نخواهد شد)

<input type="checkbox"/> حذف دروس <sup>۱</sup>	<input type="checkbox"/> افزایش سقف نمره <sup>۲</sup>	<input type="checkbox"/> معرفی به استاد <sup>۳</sup>	<input type="checkbox"/> مرخصی تحصیلی <sup>۴</sup>	<input type="checkbox"/> اضافه سنوات <sup>۴</sup>
<input type="checkbox"/> بررسی عدم مراجعه <sup>۴</sup>	<input type="checkbox"/> دو ترم مشروط <sup>۴</sup>	<input type="checkbox"/> حذف ترم <sup>۴</sup>	<input type="checkbox"/> بازگشت به تحصیل <sup>۴</sup>	<input type="checkbox"/> موارد خاص <sup>۴</sup>

## خلاصه:

## کارشناس دانشکده

تاریخ تصویب پایان نامه:	تاریخ دفاع از پایان نامه:	نمره تاخیر دفاع از پایان نامه:
تعداد نیمسال مشروطی:	تعداد واحد های جبرانی قبول شده:	نمره پایان نامه:
در مورد مشخصات و درخواست دانشجو به نکات ذیل توجه شود:		
نام و نام خانوادگی:	تاریخ:	امضاء:

۱- فرم حذف پزشکی + نسخه و مدارک اصلی پزشکی با امضاء و مهر پزشک (توجه: مطابق مقررات حذف دروس نمره دار تحت هیچ شرایطی قابل بررسی نیست).

۲- مقالات چاپ شده با نام دانشجو و استاد راهنما و تایید استاد راهنما روی هر مورد.

۳- نامه موافقت استاد درس و تایید معاون آموزشی دانشکده

۴- نامه توضیح دانشجو + کلیه مدارکی که خاص بودن علت درخواست را نشان دهد

### استاد راهنما

با توجه به مدارک ضمیمه و دلایل ذیل با درخواست دانشجو:

موافقت می شود  موافقت نمی شود  با شرایط زیر موافقت می شود  به بررسی و تصمیم معاون آموزشی واگذار میشود

شرایط / دلایل:

امضاء:

تاریخ:

نام و نام خانوادگی:

### معاون یا شورای آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشکده

با توجه به دلایل و مدارک ضمیمه با درخواست دانشجو:

موافقت می شود  موافقت نمی شود  با شرایط زیر موافقت می شود  به بررسی در کمیته منتخب واگذار میشود

شرایط / دلایل:

امضاء:

تاریخ:

نام و نام خانوادگی:

### کارشناس تحصیلات تکمیلی دانشگاه

تاریخ درخواست:

تاریخ درخواست قبلی:

دفعات درخواست قبلی:

در مورد درخواست دانشجو نکات ذیل قابل توجه است:

امضاء:

تاریخ:

نام و نام خانوادگی:

### کمیته منتخب تحصیلات تکمیلی دانشگاه

با درخواست دانشجو:

موافقت می شود

موافقت نمی شود

در صورت ارائه مدارک روبرو موافقت می شود

بعد از ارائه مدارک روبرو مجددا بررسی خواهد شد

رای کمیته:

ملاحظات: