



فرم احراز شرایط پایان تحصیلات دوره دکتری*

دانشگاه صنعتی شریف

به: مسئول تطبیق دانشکده

از: استاد راهنما

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

رشته دانشکده دکتری مقطع دانشجوی

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: 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: امضاء 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

این قسمت توسط دانش آموخته تکمیل گردد

نام و نام خانوادگی شماره دانشجویی

نشانی دائم: کد پستی تلفن ثابت ()

نشانی فعلی: کد پستی تلفن همراه ()

آدرس پست الکترونیکی امضا تاریخ / / ۱۳۹

تایید اداره رفاه دانشجویی

نام و نام خانوادگی کارشناس

تاریخ / / ۱۳۹

تایید اداره امور خوابگاه ها

نام و نام خانوادگی کارشناس

تاریخ / / ۱۳۹

تایید اداره تغذیه

نام و نام خانوادگی کارشناس

تاریخ / / ۱۳۹

تایید کارشناس تحصیلات تکمیلی دانشگاه

توضیح ضروری:

نام و نام خانوادگی: امضا تاریخ / / ۱۳۹

تایید امور مالی آموزشهای آزاد دانشگاه

• فقط جهت دانشجویان بورسیه وزارت علوم و دستگاههای اجرایی.

توضیحات:

نام و نام خانوادگی کارشناس: امضا تاریخ / / ۱۳۹

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 / / ۱۳۹

تایید مدیر تحصیلات تکمیلی

با دانش آموختگی نامبرده فوق موافقت می شود.

امضا مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه امضا تاریخ / / ۱۳۹



الجامعة الإسلامية
مدینة منورہ

بسمه تعالی

تاریخ:

شماره:

پیوست:

مسئول آزمایشگاه

احتراماً، اینجانب دانشجوی مقطع دکترا به شماره دانشجویی

تحت نظر آقای دکتر / خانم دکتر جهت فارغ التحصیل شدن نیاز به اخذ تسویه حساب از

آزمایشگاه را دارم، خواهشمند است در این زمینه اقدام گردد.

امضاء دانشجو

تاریخ:

دفتر تحصیلات تکمیلی دانشکده مهندسی عمران

احتراماً، دانشجوی فوق الذکر به آزمایشگاه مهندسی عمران بدهی ندارد.

نام و نام خانوادگی و امضاء مسئول آزمایشگاه



دانشگاه آزاد اسلامی
شریف

بسمه تعالی

تاریخ:

شماره:

پیوست:

فرم تایید انجام اصلاحات مربوط به رساله دکترا

معاونت محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده عمران

احتراماً، بدینوسیله تأیید می‌گردد که اصلاحات موردنظر در رساله دانشجوی تحت عنوان

به راهنمایی آقای دکتر / خانم دکتر که در تاریخ دفاع نموده است در متن

لحاظ گردیده است. ضمناً یک نسخه از رساله فوق تحویل اینجانب گردید.

امضاء	استاد راهنما	۱- آقای دکتر / خانم دکتر
امضاء	استاد راهنمای همکار	۲- آقای دکتر / خانم دکتر
امضاء	استاد مشاور	۳- آقای دکتر / خانم دکتر
امضاء	ناظر تحصیلات تکمیلی	۴- آقای دکتر / خانم دکتر
امضاء	ممتحن داخل دانشکده	۵- آقای دکتر / خانم دکتر
امضاء	ممتحن داخل دانشکده	۶- آقای دکتر / خانم دکتر
امضاء	ممتحن داخل دانشکده	۷- آقای دکتر / خانم دکتر
امضاء	ممتحن خارج دانشکده	۸- آقای دکتر / خانم دکتر
امضاء	ممتحن خارج دانشکده	۹- آقای دکتر / خانم دکتر
امضاء	ممتحن خارج دانشکده	۱۰- آقای دکتر / خانم دکتر