|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ز** | **مجموعه کاربرگ­هاي دوره دکتري**  **«درخواست اعمال تغييرات کميته رساله»** | C:\Users\Zolfaghari\Desktop\Birjand%20Logo+.png |
| **دانشگاه بيرجند** |

**اطلاعات دانشجو:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگي:** | | **شماره دانشجويي:** ------ | | **پذيرش: روزانه شبانه** | |
| **دانشکده: -------** | | **رشته:** -------- | | **گرايش-------** | |
| **عنوان رساله:** | ---------------- | | | | |
| **تاريخ تصويب طرح تحقيق:** | --------------- | | | | |
| **مدير محترم گروه آموزشي**  **بدينوسيله تقاضا مي­شود تا تغييرات زير را در رابطه با طرح تحقيق نامبرده بررسي و اعمال فرماييد.**  **تعيين استاد:**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **عنوان** | **نام و نام خانوادگي استاد** | **گروه آموزشي** | **مرتبه** | **تخصص** | **مشارکت (%)** | **نام مؤسسه** | | **استاد راهنماي دوم** | ---- | ---- | **----** | ---- | **-** | ---- | | **استاد مشاور اول** | ---- | ---- | **----** | ---- | **-** | ---- | | **استاد مشاور دوم** | ----- | ----- | **-----** | ----- | **-** | ------ |   **حذف استاد:**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **عنوان** | **نام و نام خانوادگي استاد** | **گروه آموزشي** | **مرتبه** | **تخصص** | **مشارکت (%)** | **نام مؤسسه** | | **استاد راهنماي دوم** | ---- | ---- | **----** | ---- | **-** | ---- | | **استاد مشاور اول** | ---- | ---- | **----** | ---- | **-** | ---- | | **استاد مشاور دوم** | ----- | ----- | **-----** | ----- | **-** | ------ | | | | | | |
|  | | | **نام و امضاء استاد راهنماي اول** | | |
| **مسئول محترم امور پژوهشي دانشکده** | | | | | **شماره:**  **تاريخ:** |
| **درخواست مذکور در جلسه گروه مورخ .................................. مطرح و با توجه به اينکه از زمان تصويب طرح تحقيق بيش از شش ماه سپري نشده است، مورد موافقت قرار گرفت .** | | | | | |
|  | | | **نام، امضاء و مهرمدير گروه آموزشي** | | |
| **مدير محترم تحصيلات تکميلي دانشگاه**  **درخواست نامبرده در جلسه تحصيلات تکميلي دانشکده مورخ ................................. مطرح شد و با آن موافقت □ / مخالفت □ شد.** | | | | | |
|  | | | **نام و امضاء مسئول امور پژوهشي دانشکده** | | |
| **رياست محترم دانشکده**  **با سلام و احترام، درخواست نامبرده در جلسه تحصيلات تکميلي دانشگاه مورخ ................................. مطرح شد و** | | | | | |
| **مورد موافقت قرار گرفت.**  **با آن مخالفت شد.** | | | | | |
|  | | | **نام و امضاء مدير تحصيلات تکميلي دانشگاه** | | |