

بسمه تعالی

تمدید مدت تحصیلی کارشناسی ارشد



دانشگاه علوم پزشکی زابل
مدیریت تحصیلات تکمیلی دانشگاه

احتراماً، اینجانب استاد راهنمای پایان نامه کارشناسی ارشد دانشجوی زیر، بنا به درخواست نامبرده به شرح پیوست، تقاضا دارم تاریخ دفاع از پروژه دانشجوی مذکور تا تاریخ تمدید گردد.

نام و نام خانوادگی دانشجو: شماره دانشجویی:

عنوان پروژه کارشناسی ارشد:

دلایل تقاضای تمدید تاریخ دفاع:

امضاء استاد راهنما:

تاریخ:

نظر شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده

موافقت شد

مخالفت شد

نام وامضاء مسئول تحصیلات تکمیلی دانشکده:

تاریخ:

نظر شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه (کمیسیون موارد خاص)

موافقت شد

مخالفت شد

نام وامضاء مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه:

تاریخ: