|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مؤسسه آموزش عالي صنعتي مازندران** | | به نام خدا  **کاربرگ شماره­ی الف- دو**  **مجوز دفاع از پايان­نامه­ی كارشناسي ارشد** | | | | |
| **دانشجو** | نام و نام­خانوادگی: | | رشته­ی تحصیلی/گرایش: | | |
| شماره­همراه: | |  | | |
|  | | تاریخ و امضا | | |
| **توسط استاد/استادان راهنما و مشاور تکمیل شود.** | نظر به این که آقای/خانم ................... ، دانشجوی دوره­ی کارشناسی­ارشد به شماره دانشجویی ................... پایان­نامه­ی خود را با عنوان .............................................................................................................................................................................................. به اتمام رسانده­، موافقت خود را برای دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد اعلام می­دارد.   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | نام و نام­خانوادگی | نام دانشگاه محل خدمت | مرتبه علمی | تاریخ و امضا | | استاد راهنمای اول |  |  |  |  | | استاد راهنمای دوم |  |  |  |  | | استاد مشاور |  |  |  |  | | | | | |
| **گروه آموزشی (مدیر گروه)** | بدین­وسیله به اطلاع می­رساند برگزاری جلسه­ی دفاع پایان­نامه­ی آقای/خانم ................................ در تاریخ .......................... و ساعت ............................ اعلام گردیده و اساتید داور به شرح ذیل پیشنهاد می­شوند:   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | نام و نام­خانوادگی | نام دانشگاه محل خدمت | مرتبه علمی | تاریخ و امضا | | داور اول |  |  |  |  | | داور دوم |  |  |  |  |   تاریخ و امضا مدیر گروه | | | | |
| **امورمالی** | دانشجوی فوق­الذکر بدهی مالی ندارد.  تاریخ مهر و امضا امور مالی | | | **بایگانی** | پرونده­ی آموزشی دانشجوی فوق­الذکرکامل است.  امضا مسئول بایگانی |
| **مدیر تحصیلات تکمیلی** | دانشجوی فوق كليه واحدهاي درسي مرتبط را با موفقيت گذرانيده است. با توجه به موافقت استادان راهنما و مشاور و اعلام آمادگي دانشجو، اعضا كميته داوران به شرح فوق براي انجام مراحل قانوني اعلام مي­گردند.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | معدل کل: | تعداد واحدهای گذرانده شده: | تاریخ تصویب پروپوزال: |   امضا مدیر تحصیلات­تکمیلی   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | نام و نام­خانوادگی | مرتبه علمی | | نماینده تحصیلات تکمیلی |  |  | | | | | |
| **معاون آموزشی** | نظر به تاييد استادان راهنما و مشاور و مدير تحصيلات تكميلي و در صورت داشتن شرايط دفاع، اقدام لازم را جهت ­برگزاري جلسه دفاعيه در تاریخ فوق­الذکر به عمل آوريد.  امضا معاون آموزشی | | | | |