|  |  |
| --- | --- |
|  |  بسمه تعالیفرم درخواست تمدید سنوات تحصیلی دانشجویان تحصیلات تکمیلی |
| وزارت علوم تحقیقات و فناوریمجتمع آموزش عالی بم |  |

|  |
| --- |
| **جدول 1- مشخصات دانشجو** |
| نام:  | نام خانوادگی:  | شماره دانشجویی:  |
| دانشکده:  | رشته تحصیلی:  | گرایش:  |
| دوره روزانه نوبت دوم کارشناسی ارشد دکتری  |
| استاد راهنمای محترم نام استادراهنمااینجانب با مشخصات درج شده در جدول 1 برای ادامه کار تحقیقاتی پایان نامه نیازمند زمان بیشتری می باشم. خواهشمندم با درخواست تمدید سنوات تحصیلی اینجانب در نیمسال سال تحصیلی موافقت فرمایید.با تشکر  نام و نام خانوادگی دانشجو تاریخ و امضا  |
| مدیر محترم گروه آموزشی نام گروه آموزشی با سلاماحتراما اینجانب استاد راهنمای ضمن تایید فعالیت پژوهشی دانشجو در راستای پایان نامه، موافقت خود را با تمدید سنوات تحصیلی دانشجو به مدت یک نیمسال تحصیلی اعلام می دارم. نام و نام خانوادگی استاد راهنما تاریخ و امضاء  |
| معاون محترم دانشکده با سلام و احترامضمن تایید مراتب فوق، خواهشمند است مراتب جهت اقدامات بعدی به تحصیلات تکمیلی ارسال گردد. نام و نام خانوادگی مدیر گروه: تاریخ و امضاء  |
| مدیر محترم تحصیلات تکمیلی مجتمع آموزش عالی بمبا سلام و احترامدرخواست تایید شده دانشجوی کارشناسی ارشد با مشخصات مندرج در جدول 1 جهت اقدامات مقتضی ارسال می گردد.نام و نام خانوادگی معاون آموزشی دانشکده: تاریخ و امضاء  |