|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| دانشکده: گروه آموزشی: | | |
| نام و نام خانوادگی:  شماره دانشجویی:  نیمسال ورود:  نیمسال ثبت نام:  تعداد کل ترم تا کنون: | تعداد واحد اصلی گذرانده:  تعداد واحد پیش نیاز گذرانده:  معدل کل تا کنون (بدون پیش نیاز):  تعداد ترم مشروط تا کنون:  متقاضی ترم (شماره ترم): | تاریخ تصویب عنوان پایان نامه:  عنوان پایان نامه:  نام استاد راهنمای پایان نامه:  تاریخ تقاضای تمدید توسط دانشکده:  تاریخ آخرین فرصت مجاز قبلی: |
| آیا دانشجو مشکل پزشکی داشته است؟ تاریخ تأییدیه پزشکی: تاریخ شروع تا پایان مجوز پزشکی: | | |
| نظر استاد راهنمای پایان نامه متضمن توجیه و ذکر دلائل و تاریخ تقریبی دفاع (در صورت موافقت دانشگاه با تمدید):    تاریخ و امضاء : | | |
| نظر کمیته تحصیلات تکمیلی گروه آموزشی همراه با ذکر دلائل:  تاریخ جلسه کمیته تحصیلات تکمیلی: نام و نام خانوادگی مدیر گروه:  تاریخ و امضاء: | | |
| نظر شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده همراه با ذکر دلائل:  تاریخ جلسه کمیته تحصیلات تکمیلی: نام و نام خانوادگی سرپرست تحصیلات تکمیلی دانشکده:  تاریخ و امضاء: | | |
| نظر کمیسیون تخصصی تحصیلات تکمیلی دانشگاه:  تاریخ جلسه کمیته تحصیلات تکمیلی: نام و نام خانوادگی مدیر کل تحصیلات تکمیلی دانشگاه:  تاریخ و امضاء: | | |