|  |  |
| --- | --- |
| بسمه تعالی**فرم شماره 9****معرفی نماینده تحصیلات تکمیلی برای آزمون کتبی/شفاهی جامع**اين فرم حداقل 15 روز قبل از تاريخ آزمون به انضمام کارنامه جهت انجام امور اداري به حوزه تحصيلات تکميلي ارسال شود. | arm5معاونت آموزشيو تحصيلات تكميلي |

**معاون محترم آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشکده.............. .... جناب آقای دکتر....................**

باسلام و احترام

آزمون جامع تعداد........................... دانشجوی رشته.............................. در روز........................................مورخ........................................ ساعت........................................درمحل........................................ به شرح جدول ذیل برگزار می‌گردد.. ضمناً اساتيد محترم...................................... و........................................ به عنوان نماینده تحصیلات تکمیلی در جلسه برگزاری آزمون جامع کتبی/ شفاهی معرفی مي‌گردند.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی دانشجویان** | **شماره دانشجویی** | **رشته و گرایش** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |

دکتر..............................................

مدیر گروه ........................................

تاريخ و امضاء........................................

**مدیر محترم تحصیلات تکمیلی و استعدادهای درخشان دانشگاه جناب آقای**........................................ شماره:........................... تاريخ:...................................

باسلام و احترام

احتراما، ضمن تاييد موارد فوق، خواهشمند است نسبت به صدور مجوز جهت برگزاري جلسه‌ي آزمون جامع دانشجویان گروه.................................................. و تعيين نماينده‌ي تحصيلات تكميلي اقدام فرماييد. در ضمن همکاران زير جهت تعيين نماينده‌ي تحصيلات تکميلي دانشگاه در جلسه‌ي برگزاری آزمون معرفي مي‌گردند.**.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی** | **گروه آموزشی** | **دانشکده** | **شماره تماس** |
| 1- |  |  |  |
| 2- |  |  |  |
| 3- |  |  |  |

 دکتر............................

 معاون آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشکده........

 تاريخ و امضاء

رونوشت: کارشناس محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده جهت درج در پرونده دانشجو