****

اینجانب ............... با شماره ملی ................. مقطع کارشناسی ارشد به شماره دانشجویی: ................................. رشته و گرایش: ................ ...................

عنوان پایان‌نامه :.............................................................................................................................. با قبول شرایط زیر درخواست صدور مجوز دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد خود را دارم.

.

* پایان‌نامۀ اصلاح‌شده حداکثر سه هفته بعد از تاریخ دفاع، پس از تایید استاد راهنما ومدیرگروه به حوزه تحصیلات تکمیلی موسسه ارسال خواهد شد.
* براساس اطلاعات آخرین کارنامه (به پیوست) اینجانب مشکل آموزشی ندارم.

تاریخ و امضاء دانشجو:

بسمه تعالی

**فرم شماره 6**

**مدیر گروه محترم تحصیلات تکمیلی موسسه:**با سلامبدین وسیله به اطلاع می‌رساند، در نظر است دانشجوی نامبرده در تاریخ ذکر شده از پایان‌نامه کارشناسی ارشد خود دفاع نماید. خواهشمند است اقدامات لازم معمول گردد.

زمان پیشنهادی دفاع از پایان‌نامه:

نام و نام خانوادگی استاد راهنما

امضا و تاریخ:

تایید کارشناس گروه: (لطفا ریز نمرات ضمیمه شود) مهر و امضاء:

بدینوسیله گواهی می شود دانشجو .............................................. با شماره دانشجویی........................... مقطع ................................... رشته و گرایش ..................................... نسبت به تسویه حساب مالی خود شامل ( بدهی ترمهای گذشته، شهریه سمینار و پایان‌نامه ) اقدام نموده است، لذا دفاع از واحد پایان‌نامه بلامانع است.

امور مالی موسسه:

بدینوسیله گواهی می شود نامبرده نسبت به تکمیل مدارک ثبت نامی خود اقدام نموده است، لذا دفاع از واحد پایان‌نامه بلامانع است.

امور فارغ‌التحصیلان موسسه:

**از: مدیر گروه** ...........

**به : مدیریت تحصیلات تکمیلی موسسه**

**با سلام**

بدین وسیله به اطلاع می‌رساند، که دانشجوی نامبرده ، در تاریخ پیشنهاد شده، از پایان‌نامه کارشناسی ارشد خود دفاع به عمل خواهد آورد. اسامی استاد راهنما و سایر اعضای کمیته پایان نامه دانشجو به قرار زیر است:

تاریخ و ساعت جلسه دفاع از پایان نامه : محل جلسه :

استاد راهنما: .......................................................................... استاد مشاور: .........................................................................

داور داخلی: ................................................................... داور خارج از موسسه: .....................................................

مهر و امضا مدیر گروه :

**معاونت محترم آموزشی موسسه**

با سلام

انجام دفاع توسط دانشجو 🞏 بلامانع است.

🞏 به علت(های) زیر ممکن نمی باشد و پس از رفع موارد ذکر شده، مجدداً بررسی شود.

مدیر تحصیلات تکمیلی موسسه

**کارشناس پژوهشی**

انجام دفاع توسط دانشجو 🞏 بلامانع است.

🞏 به علت(های) زیر ممکن نمی باشد و پس از رفع موارد ذکر شده، مجدداً بررسی شود.

معاونت آموزشی موسسه

برگزاری جلسه دفاع در تاریخ ........................... و ساعت ................... بلامانع است.

کارشناس پژوهشی

**کارشناس پژوهشی**

با دفاع از پایان‌نامه دانشجو............ .................................. رشته وگرایش.....................................با داوری استاد/ استادان داور ذکر شده و با نظارت آقای/خانم ................................. موافقت می‌گردد.

ریاست موسسه: