



بسمه تعالی

برگه درخواست تمدید سنوات تحصیلی

نام..... نام خانوادگی..... شماره دانشجویی رشته تحصیلی..... ورودی.....
سنوات تحصیلی..... تعداد واحدهای گذرانیده..... تعداد مشروطی معدل کل

تاریخ درخواست و امضا دانشجو

درخواست تمدید سنوات برای **ترم پنجم**

توجه و نظر استاد راهنمای پایان نامه:

تاریخ و امضا

نام و نام خانوادگی استادراهنما:

نماینده محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده.....

با توجه به دلایل مذکور موافقت شد مخالفت شد

تاریخ و امضا

نام و نام خانوادگی مدیر گروه:

معاونت محترم مرکز آموزشهای نیمه حضوری

با توجه به نظر مدیر گروه محترم مربوطه موافقت شد مخالفت شد

تاریخ و امضا

نماینده تحصیلات تکمیلی دانشکده

بدین وسیله تایید می گردد دانشجوی نامبرده مبلغ ترم مذکور را تسویه نموده است.

تاریخ و امضا

عامل مالی مرکز آموزشهای نیمه حضوری

کارشناس آموزش مرکز آموزشهای نیمه حضوری

با توجه به موافقت / مخالفت نماینده محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده طبق مقررات اقدام گردد.

تاریخ و امضا

معاون مرکز آموزشهای نیمه حضوری