



مرکز آموزشهای نیمه حضوری

بسمه تعالی

برگه درخواست تمدید سنوات تحصیلی

نام..... نام خانوادگی..... شماره دانشجویی رشته تحصیلی..... ورودی.....
سنوات تحصیلی..... تعداد واحدهای گذرانیده..... تعداد مشروطی معدل کل
درخواست تمدید سنوات برای **ترم ششم** تاریخ درخواست و امضا دانشجو

توجیه و نظر استاد راهنمای پایان نامه:

تاریخ و امضا

نام و نام خانوادگی استاد راهنما:

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

نظر شورای تحصیلات تکمیلی پردیس دانشگاهی و نیمه حضوری

در جلسه مورخه مطرح و به دلایل زیر موافقت شد مخالفت شد

تاریخ و امضا

معاون مرکز آموزشهای نیمه حضوری

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 شورای تحصیلات تکمیلی پردیس دانشگاهی و نیمه حضوری طبق مقررات اقدام گردد.

تاریخ و امضا

معاون مرکز آموزشهای نیمه حضوری