بسمه تعالی

فرم 436

**تقاضای اصلاح طرح پیشنهادی رساله دکتری**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگی: | | شماره دانشجویی: | | | روزانه/ نوبت دوم | | رشته تحصیلی: | | | گروه آموزشی: | | | امضاء و تاریخ: |
| **اصلاحات مورد نیاز (در صورت نیاز پیوست فرمایید)** | | | | | | | | | | | | | |
|  | تاریخ تصویب قبلی | مصوب | | | | | | | پیشنهاد جدید | | | | |
| عنوان |  |  | | | | | | |  | | | | |
| هدف |  |  | | | | | | |  | | | | |
| سوال/ فرضیه |  |  | | | | | | |  | | | | |
| روش کار |  |  | | | | | | |  | | | | |
| نمونه مطالعاتی |  |  | | | | | | |  | | | | |
| جدول زمان­بندی |  | **تاریخ دفاع:** | | | | | | | **تاریخ دفاع:** | | | | |
| هزینه |  |  | | | | | | |  | | | | |
| **تایید استاد/ اساتید راهنما و مشاور**  لطفاً **فقط** در صورت هر گونه تغییر در اساتید محترم راهنما/ مشاور هر دو قسمت **مصوب** و **پیشنهاد جدید** تکمیل شود. | | | | | | | | | | | | | |
| مصوب: | | | | | | پیشنهاد جدید: | | | | | | | |
| استاد راهنما: دکتر  امضاء  استاد راهنما: دکتر  امضاء | | | استاد مشاور:  امضاء  استاد مشاور:  امضاء  استاد مشاور:  امضاء | | | استاد راهنما: دکتر  امضاء  استاد راهنما: دکتر  امضاء | | | | | | استاد مشاور:  امضاء  استاد مشاور:  امضاء  استاد مشاور:  امضاء | |
| تایید داوران: | | | | | | | | | | | | | |
| **نام و نام­خانوادگی:**  **تاریخ و امضا:** | | | | **نام و نام­خانوادگی:**  **تاریخ و امضا:** | | | | | | | **نام و نام­خانوادگی:**  **تاریخ و امضا:** | | |
| تایید مدیرگروه آموزشی: | | | | | | **نام و نام خانوادگی مدیرگروه آموزشی:**  امضاء و تاریخ: | | | | | | | |
| تایید معاون آموزشی دانشکده: تاریخ و  شماره دبیرخانه دانشکده:  **نام و نام­خانوادگی معاون آموزشی/ پژوهشی دانشکده:**  **امضاء و تاریخ:**   1. ارسال به مدیریت محترم تحصیلات تکمیلی دانشگاه 2. تصویر جهت درج در پرونده دانشجو در دانشکده 3. مصوب شورای دانشکده به شماره و تاریخ: | | | | | | | | بررسی پرونده تحصیلی نامبرده انجام شد.   1. **کارشناس آموزش دانشکده:**   نام و نام خانوادگی:  امضاء و تاریخ:   1. **کارشناس تحصیلات تکمیلی دانشگاه:**   نام و نام خانوادگی:  امضاء و تاریخ: | | | | | |
| تایید مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه:  **نام و نام خانوادگی مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه:**     * مصوب بند جلسه شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه.   **امضاء و تاریخ:** | | | | | | | | تاریخ و  شماره دبیرخانه معاونت آموزشی:   * تصویر: معاون محترم آموزشی/ پژوهشی دانشکده جهت اقدام لازم * تصویر: کارشناس محترم حق­التدریس جهت اقدام * اصل: **کارشناس** محترم تحصیلات تکمیلی جهت اقدام/ بایگانی | | | | | |
|