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 امضاءاستاد راهنما: دکترامضاء | استاد مشاور:امضاء استاد مشاور:امضاءاستاد مشاور:امضاء | استاد راهنما: دکتر امضاءاستاد راهنما: دکترامضاء | استاد مشاور:امضاء استاد مشاور:امضاءاستاد 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
 |
|