بسمه تعالی

فرم 440

**تعیین زمان برگزاری دفاع از رساله دكتري**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگی: | | | | شماره دانشجویی: | | روزانه  نوبت دوم | | رشته تحصیلی/گرایش: | | گروه آموزشی/دانشکده | | | | امضاء و تاریخ: |
| **عنوان رساله:** | | فارسی :  انگلیسی: | | | | | | | | | | | | |
| * **تاریخ، ساعت و مکان پیشنهادی برای برگزاری دفاع (بدون قلم­خوردگی مورد پذیرش خواهد بود):** | | | | | | | | | | | | | | |
| **روز** | | | | | **تاریخ** | | | **ساعت** | | | | | **محل برگزاری** | |
|  | | | | |  | | |  | | | | |  | |
| **-امضای این فرم توسط استاد/ اساتید راهنما و داوران الزامی است.**  **-دعوت از استاد/ اساتید راهنما و مشاور و داوران برای حضور در جلسه الزامی است.** | | | | | | | | | | | | **تایید کارشناس آموزشی دانشکده:** | | |
| **استاد داور اول:**  (خارج از دانشگاه) | | | نام، نام خانوادگی، امضاء و تاریخ: | | | | | | **استاد داور دوم:** | | | نام، نام خانوادگی، امضاء و تاریخ: | | |
| **استاد داور سوم:** | | | نام، نام خانوادگی، امضاء و تاریخ: | | | | | | **استاد داورچهارم:** | | | نام، نام خانوادگی، امضاء و تاریخ: | | |
| استاد/ اساتید راهنما: | | استاد راهنما: دکتر  امضاء | | | | | استاد راهنما: دکتر  امضاء | | | |  | | | |
| استاد/ اساتید مشاور: | | استاد مشاور: دکتر  امضاء | | | | | استاد مشاور: دکتر  امضاء | | | | استاد مشاور: دکتر  امضاء | | | |
| نماينده تحصيلات تكميلي دانشگاه: دکتر  امضاء | | | | | | | | | | | | | | |
| **اعضای محترم هیات داوران:** | | | | | | | | | | | تاریخ و  شماره دبیرخانه دانشکده:   1. تصویر معاون محترم دانشجویی دانشگاه جهت استحضار. 2. درج در پرونده دانشجو در دانشکده. | | | |
|  | **استاد داور اول:** (خارج از دانشگاه) | | | دعوتنامه از سوی معاون آموزشی دانشکده طی نامه­ا­ی مجزا تنظیم شود. | | | | | | |
|  | **استاد داور دوم:** | | | سرکار خانم/ جناب آقای دکتر | | | | | | |
|  | **استاد داور سوم:** | | | سرکار خانم/ جناب آقای دکتر | | | | | | |
|  | **استاد داور چهارم:** | | | سرکار خانم/ جناب آقای دکتر | | | | | | |
|  | استاد راهنما: | | | سرکار خانم/ جناب آقای دکتر | | | | | | |
|  | استاد راهنما/مشاور | | | سرکار خانم/ جناب آقای دکتر | | | | | | |
|  | استاد مشاور: | | | سرکار خانم/ جناب آقای دکتر | | | | | | |
|  | استاد مشاور: | | | سرکار خانم/ جناب آقای دکتر | | | | | | |
|  | استاد مشاور: | | | سرکار خانم/ جناب آقای دکتر | | | | | | |
|  | نماينده تحصيلات تكميلي دانشگاه: | | | سرکار خانم/ جناب آقای دکتر | | | | | | |
| با سلام و احترام، از جنابعالی جهت شرکت در جلسه­ی فوق دعوت به عمل می­آید  **نام و نام­خانوادگی معاون آموزشی/ پژوهشی دانشکده:**  **امضاء و تاریخ:** | | | | | | | | | | |