

***بسمه تعالی***

**دانشگاه علوم پزشكي فسا**

**مدیریت تحصيلات تكميلي دانشگاه**

**تمدید سنوات تحصیلی دانشجویان كارشناسي ارشد و دکتری تخصصی**

احتراماً، اينجانب ........................................ استاد راهنماي پايان نامه دانشجوي زيردر مقطع..............................، بنا به درخواست نامبرده به شرح پيوست، تقاضا دارم تاريخ دفاع از پروژه دانشجوي مذكور تا تاريخ .......................................تمديد گردد.

**نام و نام خانوادگي دانشجو:.................................................. شماره دانشجویی:.......................................رشته :................................ عنوان پایان نامه ............................................ ............................................................ .................................................................. .......... ...........**

**دلايل تقاضاي تمديد:**

**امضای دانشجو**

|  |
| --- |
|  |

**خواهشمند است موارد ذیل را بررسی و تایید نمایید:**

**1- دانشجو در طول مدت گذرانیدن پایان نامه همواره حضور فیزیکی در گروه داشته است.**

**2- دانشجو گزارش پیشرفت پایان نامه در فاصله های زمانی مشخص به استاد راهنما ارائه کرده است.**

**3- استاد راهنما همواره در جریان روند پایان نامه بوده و از مشکلات اجرایی پایان نامه (مواد، تجهیزات و Set up کردن متد) آگاهی داشته است.**

**4- به دارازا انجامیدن پایان نامه خارج از اختیار دانشجو بوده و کوتاهی در انجام پایان نامه توسط دانشجو صورت نگرفته است.**

**امضاء استاد راهنما: امضا مدیر گروه:**

**تاريخ: تاریخ:**

**نظر شوراي تحصيلات تكميلي دانشكده**

موافقت شد

طبق بند صورتجلسه شماره مورخ شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده (تصویر پیوست).

مخالفت شد **نام وامضاء مسئول تحصيلات تكميلي دانشكده:**

**تاريخ:**

**نظر شوراي تحصيلات تكميلي دانشگاه** (كميسيون موارد خاص)

موافقت شد

مخالفت شد

**نام وامضاء مدير تحصيلات تكميلي**

**تاریخ:**