



بسمه تعالی

معاونت آموزشی و تحصیلات تکمیلی

مدیریت تحصیلات تکمیلی

## فرم تعیین دروس برای آزمون جامع آموزشی

### دکتری آموزشی پژوهشی (فرم A-1)

(این فرم توسط استاد (اساتید) راهنما تکمیل و جهت تصویب در شورای ت ت مجتمع/دانشکده، به مدیر/معاون آموزش و ت ت مجتمع/دانشکده تحویل خواهد شد)

معاون/مدیر محترم تحصیلات تکمیلی مجتمع/دانشکده .....

با سلام،

بدین وسیله خانم / آقای

دانشجوی دکتری رشته

گرایش

با شماره دانشجویی

جهت انجام آزمون جامع آموزشی، معرفی می گردد. دروس مدنظر برای انجام آزمون یاد شده به ترتیب اولویت به شرح زیر می باشد. خواهشمند

است موارد در شورای تحصیلات تکمیلی مجتمع/دانشکده طرح و نتیجه به اینجانب/اینجانبان منعکس گردد. با تشکر

نام و نام خانوادگی استاد (اساتید) راهنما:

امضا و تاریخ:

| ردیف | پیشنهادیه استاد (اساتید) راهنما به ترتیب اولویت |                               |            | تصویب شورای تحصیلات تکمیلی مجتمع/دانشکده |                               |            |
|------|-------------------------------------------------|-------------------------------|------------|------------------------------------------|-------------------------------|------------|
|      | نام درس                                         | نام و نام خانوادگی فرد ارزیاب | از دانشگاه | نام درس                                  | نام و نام خانوادگی فرد ارزیاب | از دانشگاه |
| ۱    |                                                 |                               |            |                                          |                               |            |
|      |                                                 |                               |            |                                          |                               |            |
|      |                                                 |                               |            |                                          |                               |            |
| ۲    |                                                 |                               |            |                                          |                               |            |
|      |                                                 |                               |            |                                          |                               |            |
|      |                                                 |                               |            |                                          |                               |            |
| ۳    |                                                 |                               |            |                                          |                               |            |
|      |                                                 |                               |            |                                          |                               |            |
|      |                                                 |                               |            |                                          |                               |            |

تایید اعضا شورای تحصیلات تکمیلی مجتمع/دانشکده .....

| نام و نام خانوادگی | امضا | نام و نام خانوادگی | امضا |
|--------------------|------|--------------------|------|
|                    |      |                    |      |
|                    |      |                    |      |
|                    |      |                    |      |

نام و نام خانوادگی مدیر/معاون تحصیلات تکمیلی مجتمع/دانشکده .....

امضا و تاریخ: