****

**بسمه تعالی**

**فرم تعیین استاد راهنمای دانشجویان تحصیلات تکمیلی**

**(فرم الف)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **جدول 1- مشخصات دانشجو** | | |
| نام خانوادگی: | نام: | شماره دانشجویی: |
| دانشکده: | رشته تحصیلی: | گرایش: |
| **استاد گرامی سرکار خانم/ آقای دکتر**  بدینوسیله از جنابعالی درخواست می­شود موافقت خود را با پذیرش مسئولیت استاد راهنما در **دوره دکتری / کارشناسی ارشد** اینجانب اعلام فرمایید.  نام و نام خانوادگی دانشجو:  تاریخ و امضا: | | |
| **رئیس محترم بخش**  بدینوسیله موافقت خود را با درخواست دانشجوی دکتری / کارشناسی ارشد با مشخصات درج شده در جدول 1 جهت پذیرش استاد راهنما اعلام می­دارم.  **نام و نام خانوادگی استاد راهنما:**  تاریخ و امضا: | | |
| **تاریخ:...........................**  **شماره:..........................**  **معاون محترم آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشکده**  به پیوست صورتجلسه بخش نام گروه آموزشی مورخ ........................... جهت اطلاع و اقدام مقتضی ارسال می­گردد.  **نام و نام خانوادگی رئیس بخش:**  تاریخ و امضا:  توجه: رئیس محترم بخش، این فرم باید حداکثر تا پایان اولین نیمسال پس از ورود دانشجو به دانشکده ارسال گردد. | | |