****

 **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.  |