|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | به نام خدا  فرم آمادگی دفاع دانشجویان  کارشناسی ارشد | تاریخ تحویل فرم به دانشجو:  ................................. |

|  |  |
| --- | --- |
| این جانب .......................... دانشجوی کارشناسی ارشد رشته/ گرایش............................. بدین وسیله ضمن تحویل یک نسخه کاملاً آماده از پایان نامه خود به تحصیلات تکمیلی دانشکده، آمادگی خود را جهت انجام مراحل دفاع اعلام می نمایم. | نام و نام خانوادگی دانشجو  امضاء و تاریخ: |

ج

|  |  |
| --- | --- |
| با عنایت به مستندات موجود، گواهی می شود دفاع دانشجو از نظر موارد مرتبط با آموزش، بلا مانع است. | نام و نام خانوادگی کارشناس آموزش  امضاء و مهر: |

ج

|  |  |
| --- | --- |
| این جانب، متعهد می­شوم از هر گونه شتاب زدگی در انجام مراحل پیش از دفاع و اصرار به استادان جهت تأیید و امضاء فرم حاضر، خودداری نمایم.  در ضمن، مطلع هستم که زمانی تاریخ دفاع برایم تعیین و تثبیت خواهد شد که امضاء همه استادان محترم (راهنما، مشاور و داور ) مبنی بر تایید آماده بودن پایان نامه برای دفاع، را در این فرم را داشته باشم. | نام و نام خانوادگی دانشجو  امضاء و تاریخ: |

­

|  |  |
| --- | --- |
| این جانب .......................... با مرتبه علمی ............................. به عنوان استاد راهنمای دانشجو پس از مطالعه­ی دقیق و کامل پایان نامه ، آن را .  آماده دفاع می دانم آماده دفاع نمی دانم  استاد محترم!  لطفاً این قسمت را حداقل یک هفته پس از دریافت پایان نامه از دانشجو، تکمیل و امضاء فرمایید. | نام و نام خانوادگی استاد راهنما  امضاء و تاریخ: |

|  |  |
| --- | --- |
| این جانب .......................... با مرتبه علمی ............................. به عنوان استاد مشاور دانشجو پس از مطالعه­ی دقیق و کامل پایان نامه ، آن را .  آماده دفاع می دانم آماده دفاع نمی دانم  استاد محترم!  لطفاً این قسمت را حداقل یک هفته پس از دریافت پایان نامه از دانشجو، تکمیل و امضاء فرمایید. | نام و نام خانوادگی استاد راهنما  امضاء و تاریخ: |

|  |  |
| --- | --- |
| بدین وسیله: دکتر .......................... و دکتر............................. بنا به پیشنهاد استاد راهنما و تأیید گروه آموزشی به عنوان داوران این پایان نامه معرفی می گردد. | نام و نام خانوادگی مدیر گروه آموزشی  امضاء و تاریخ: |

|  |  |
| --- | --- |
| این جانب .......................... با مرتبه علمی ............................. به عنوان داور پایان نامه پس از مطالعه­ی دقیق و کامل ، آن را .  آماده دفاع می دانم آماده دفاع نمی دانم  استاد محترم!  لطفاً این قسمت را حداقل یک هفته پس از دریافت پایان نامه از دانشجو، تکمیل و امضاء فرمایید. | نام و نام خانوادگی استاد داور 1:  امضاء و تاریخ: |

|  |  |
| --- | --- |
| این جانب .......................... با مرتبه علمی ............................. به عنوان داور پایان نامه  ، پس از مطالعه­ی دقیق و کامل ، آن را .  آماده دفاع می دانم آماده دفاع نمی دانم  استاد محترم!  لطفاً این قسمت را حداقل یک هفته پس از دریافت پایان نامه از دانشجو، تکمیل و امضاء فرمایید. | نام و نام خانوادگی استاد داور 2:  امضاء و تاریخ: |

ج

|  |  |
| --- | --- |
| استاد محترم راهنما! با سلام  بدین وسیله زمان های خالی سالن های دفاع دانشکده به شرح زیر اعلام می گردد مستدعی است پس از هماهنگی با سایر داوران ارجمند، زمان مناسب را مشخص فرموده یا زمان­های پیشنهادی دیگر را مرقوم فرمایید.   1. روز .........................تاریخ........................ ساعت.............. . 2. روز .........................تاریخ........................ ساعت.............. . 3. روز .........................تاریخ........................ ساعت.............. . 4. روز .........................تاریخ........................ ساعت.............. . 5. روز .........................تاریخ........................ ساعت.............. . 6. روز .........................تاریخ........................ ساعت.............. . 7. روز .........................تاریخ........................ ساعت.............. . 8. روز .........................تاریخ........................ ساعت.............. . | نام و نام خانوادگی معاون تحصیلات تکمیلی دانشکده:  امضاء و تاریخ: |

|  |  |
| --- | --- |
| بدین وسیله زمان زیر برای دفاع خانم/آقای ................................................... تثبیت می گردد.  روز............................................تاریخ..................................... ساعت ..................................... | نام و نام خانوادگی معاون تحصیلات تکمیلی دانشکده:  امضاء و تاریخ: |

|  |  |
| --- | --- |
| خانم/آقای دکتر.....................................  به عنوان ناظر تحصیلات تکمیلی این جلسه دفاع معرفی می شوند. | نام و نام خانوادگی معاون تحصیلات تکمیلی دانشکده:  امضاء و تاریخ: |