



دانشگاه سمنان

دانشکده مهندسی شیمی، نفت و گاز

۵-د

کاربرک دریافت مجوز ارزیابی جامع دوره دکترا

### مدیر محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده

اینجانب  
شماره دانشجویی  
استاد راهنمای آقای/خانم  
دانشجوی دوره دکترا رشته  
به  
با توجه به اتمام دوره آموزشی، موافقت خود را با برگزاری ارزیابی جامع از وی اعلام می دارم.

امضاء استاد راهنما

تاریخ

شماره:

تاریخ:

### مدیر محترم تحصیلات تکمیلی دانشگاه

خواهشمند است دستور فرمایید پرونده دانشجوی فوق بررسی شود و چنانچه از نظر مقررات آموزشی مانعی برای برگزاری ارزیابی جامع وجود ندارد مراتب را به این مدیریت اعلام فرمایید.

مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده

### نتیجه بررسی کارشناس تحصیلات تکمیلی دانشگاه

شماره:

تاریخ:

### مدیر محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده مهندسی شیمی، نفت و گاز

به این وسیله اعلام می دارد با توجه به بررسی های به عمل آمده، برگزاری ارزیابی جامع دانشجوی فوق از نظر این مدیریت بلامانع است./ ممکن نیست./ به صورت مشروط امکان پذیر است.

مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه

نام و امضاء