## **گزارش پیشرفت پایان نامه/رساله دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد**

## **نیمسال اول / دوم سال تحصیلی: ...... - ......14**

**دانشکده......................................**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| مشخصات دانشجو | | | | |
| **نام و نام خانوادگی:** |  | | **شماره دانشجویی:** |  |
| **گروه آموزشی :** |  | | **رشته گرایش:** |  |
| **مشخصات موضوع پایان نامه:** | | | | |
| **عنوان پایان نامه:** | | | | |
| **تاریخ تصویب پروپوزال در شورای گروه آموزشی:** |  | | **تاریخ تصویب پروپوزال در شورای دانشکده:** |  |
| **مشخصات استاد/استادان راهنما و مشاور** | | | | |
| **نام و نام خانوادگی** | | **سمت در پایان نامه** | **گروه آموزشی** | **مرتبه علمی** |
|  | | **استاد راهنمای اول** |  |  |
|  | | **استاد راهنمای دوم** |  |  |
|  | | **استاد مشاور اول** |  |  |
|  | | **استاد مشاور دوم** |  |  |
| **گزارش روند انجام پایان نامه:** | | | | |
| **خلاصه‏ای از فعالیت‏های انجام شده در نیمسال گذشته:** | | | | |
| 1-  2- | | | | |
| **عناوین فعالیت‏های پیش‏بینی شده در نیمسال جدید:** | | | | |
| 1-  2 | | | | |
| **مشکلات حین انجام کار و پیشنهادات:** | | | | |
| |  | | --- | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **میزان پیشرفت پایان نامه از نظر دانشجو**  **صفر تا 25 درصد 26 تا 50 درصد 51 تا 75 درصد 76 تا 100 درصد**  **نام و نام خانوادگی دانشجو:**  **تاریخ و امضاء** | | | | |
| **ارزیابی استاد راهنما** | | | | |
| **معیار** | **عالی** | **خوب** | **متوسط** | **ضعیف** |
| اجرای پایان نامه مطابق جدول زمانی پیش بینی شده |  |  |  |  |
| عمل به پیشنهادهای استاد/ استادان راهنما و مشاور |  |  |  |  |
| حضور مستمر دانشجو جهت انجام تحقیق |  |  |  |  |
| انگیزش انجام تحقیق |  |  |  |  |
| داشتن آگاهی لازم در زمینه تحقیق |  |  |  |  |
| مهارت لازم جهت انجام تحقیق |  |  |  |  |
| **برآورد کلی نیمسال** |  |  |  |  |
| **نظرات تکمیلی و میزان پیشرفت پایان نامه /رساله از نظر استادراهنما**  **صفر تا 25 درصد 26 تا 50 درصد 51 تا 75 درصد 76 تا 100 درصد**  **نام و نام خانوادگی استاد راهنما:**  **تاریخ و امضاء** | | | | |
| ج**نظر مدیرگروه آموزشی**  **نام و نام خانوادگی مدیرگروه**  **تاریخ مهر و امضاء** | | | | |
| ج**نظر کارشناس تحصیلات تکمیلی دانشکده**  **نام ونام خانوادگی**  **تاریخ مهر و امضاء** | | | | |

****

* تکمیل، آپلود و ارسال این فرم جهت تکمیل درخواست تمدیدسنوات (پس از اتمام سنوات مجاز )در پیشخوان خدمت سامانه گلستان الزامی می باشد.