



## 1-اطلاعات عضو هیأت علمی

نام و نام خانوادگی: رشته: گرایش: مرتبه علمی:

2- اطلاعات دانشجویان تحت راهنمایی: شامل دانشجویان دانشگاه کردستان و دانشجویان سایر دانشگاه ها (با مجوز معاونت آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه کردستان)

ردیف	نام و نام خانوادگی دانشجو	مقطع	ورودی	سهم استاد راهنما
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

3- تعداد دانشجویان تحت راهنمایی که حداکثر تا پایان تیر ماه دانش آموخته می شوند: ..... نفر ارشد و ..... نفر دکتری

4- بر اساس آیین نامه مصوب مورخ 1390/10/12 شورای دانشگاه، ظرفیت پذیرش دانشجوی مورد تقاضای اینجانب به شرح ذیل می باشد.

تعداد دانشجوی مورد درخواست (مازاد بر ظرفیت)				تعداد دانشجوی مورد درخواست (ظرفیت اصلی)	
بورسیه		تشویقی		دکتری	
بدون آزمون	دکتری	ارشد	دکتری	ارشد	دکتری

در صورت عدم تحقق دانش آموختگی دانشجویان تحت راهنمایی اینجانب (موضوع بند 3 این فرم)، شورای تحصیلات تکمیلی انشکده، می تواند به همان تعداد از سهمیه سال بعد اینجانب کسر نماید.

تاریخ و امضاء

نام و نام خانوادگی عضو هیأت علمی

معاون محترم آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشکده .....

با سلام

احتراما ضمن تایید حضور تمام وقت اعضای هیات علمی زیر، ظرفیت پذیرش دانشجوی تحصیلات تکمیلی گروه (شیوه پژوهش محور) بر اساس آیین نامه مصوب مورخ 1390/10/12 شورای دانشگاه و درخواست اعضای محترم هیات علمی به تفکیک گرایش به شرح زیر اعلام می گردد.

رشته تحصیلی ..... گرایش .....

ردیف	نام و نام خانوادگی عضو هیات علمی	ظرفیت کارشناسی ارشد	ظرفیت دکتری
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
مجموع			

ضمنا ظرفیت این گروه در گرایش ..... برای پذیرش دانشجو به شیوه آموزش محور ..... نفر می باشد.

نام و نام خانوادگی مدیر گروه:

تاریخ، مهر و امضاء

ظرفیت پذیرش دانشجوی تحصیلات تکمیلی در رشته و گرایش مذکور در شورای آموزشی و یا تحصیلات تکمیلی دانشکده بررسی و مورد تایید قرار گرفت.

نام و نام خانوادگی معاون آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشکده

تاریخ، مهر و امضاء

مدیر محترم تحصیلات تکمیلی دانشگاه

با سلام

احتراما ظرفیت پذیرش دانشجوی تحصیلات تکمیلی در گروههای آموزشی این دانشکده به شرح زیر به حضور ایفاد می گردد.

ردیف	رشته	گرایش	مقطع	ظرفیت پژوهش محور	ظرفیت آموزش محور
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

تاریخ، مهر و امضاء:

نام و نام خانوادگی رئیس دانشکده:

ظرفیت های مذکور مربوط به دانشکده .....

الف) مورد تایید قرار گرفت

ب) موارد زیر جهت اصلاح عودت گردید

- 
- 
- 
- 

تاریخ، مهر و امضاء:

نام و نام خانوادگی مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه