



دانشگاه گیلان
دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

باسمه تعالی

شماره:
تاریخ:
پوست:

فرم شماره ۱۵

فرم درخواست سنوات جهت ادامه تحصیل

اینجانب دانشجوی رشته کارشناسی ارشد/دکتری
گرایش به شماره دانشجویی که تعداد
واحد درسی باقیمانده دارم تقاضا دارم با افزایش سنوات به مدت یک ترم (نیمسال اول/دوم سال
تحصیلی) موافقت فرمایید . حداکثر تا پایان ترم مهلت داده شود تا دروس خویش را
پاس نمایم .

تاریخ و امضاء دانشجو

اینجانب استاد راهنمای دانشجوی فوق الذکر تایید می نمایم ، که دانشجوی نامبرده قادر به انجام
دفاع از پایان نامه تا تاریخ می باشد .

تاریخ و امضاء استاد راهنما

موضوع درخواست سنوات برای دفاع از پایان نامه آقای/خانم در شورای
تحصیلات تکمیلی دانشکده مورخ مطرح و مورد تصویب قرار گرفت .

تاریخ و امضاء مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده

رونوشت :

- مدیر محترم تحصیلات تکمیلی دانشگاه

- مسئول محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده جهت استحضار

مهید شمس

دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

تلفن: ۳۶۲۲۵۰-۳۶۲۳۳۰۰

تارخ: ۰۲۲۲۳۶۲۶۸۸۸