



۱-اطلاعات عضو هیأت علمی

نام و نام خانوادگی	رشته (گرایش)	مرتبۀ علمی	گروه آموزشی

۲- اطلاعات دانشجویان تحت راهنمایی عضو هیأت علمی، شامل دانشجویان دانشگاه کردستان و دانشجویان سایر دانشگاه ها (با مجوز معاونت آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه کردستان) که موضوع پایان نامه آنها تصویب شده است.

ردیف	نام و نام خانوادگی دانشجو	مقطع	ورودی	سهم استاد راهنما
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				
۹				
۱۰				
۱۱				
۱۲				

۳- بر اساس آیین نامه ظرفیت پذیرش دانشجوی تحصیلات تکمیلی دانشگاه، ظرفیت پذیرش دانشجوی آموزشی - پژوهشی مورد تقاضای اینجانب به شرح ذیل می باشد:

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

تاریخ و امضاء

نام و نام خانوادگی عضو هیأت علمی

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

با سلام،

احتراماً؛ ضمن تأیید حضور تمام وقت اعضای هیأت علمی زیر، ظرفیت پذیرش دانشجوی تحصیلات تکمیلی گروه ..... با شیوه آموزشی-پژوهشی بر اساس آیین نامه ظرفیت پذیرش دانشجوی تحصیلات تکمیلی دانشگاه و درخواست اعضای محترم هیأت علمی به تفکیک گرایش به شرح جدول زیر اعلام می گردد:

ردیف	نام و نام خانوادگی عضو هیأت علمی	رشته - گرایش	ظرفیت کارشناسی ارشد		ظرفیت دکتری	
			با آزمون	بدون آزمون	با آزمون	بدون آزمون
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						
مجموع						

ضمناً ظرفیت پذیرش دانشجوی تحصیلات تکمیلی گروه با شیوه آموزشی به شرح جدول ذیل می باشد:

ردیف	رشته - گرایش	ظرفیت	
		کارشناسی ارشد	دکتری
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			
۶			
۷			
۸			
۹			
۱۰			
۱۱			
مجموع			

تاریخ، مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی مدیر گروه

ظرفیت پذیرش دانشجوی تحصیلات تکمیلی در رشته و گرایشهای مذکور در شورای تحصیلات تکمیلی شماره ..... مورخ ..... دانشکده مورد بررسی و تأیید قرار گرفت.

تاریخ، مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی  
معاون آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشکده

مدیر محترم تحصیلات تکمیلی دانشگاه

با سلام،

احتراماً، ظرفیت پذیرش دانشجوی تحصیلات تکمیلی در گروه های مختلف آموزشی این دانشکده به شرح ذیل به حضور ایفاد میگردد. /

ردیف	رشته	گرایش	مقطع کارشناسی ارشد		مقطع دکتری
			شیوه آموزشی - پژوهشی	شیوه آموزشی	
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					
۱۹					
۲۰					
مجموع					

تاریخ، مهر و امضاء:

نام و نام خانوادگی رئیس دانشکده:

ظرفیت های مذکور مربوط به دانشکده .....

مورد تأیید گرفت.

جهت اصلاح موارد زیر به دانشکده عودت گردید.

-  
-  
-

تاریخ، مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه