|  |
| --- |
|   |
| Öğrenci Numarası | D…………………. |
| Adı Soyadı |  |
| Ana Bilim Dalı |  |
| Programı | Doktora |
|   |
| **DOKTORA TEZ İZLEME KOMİTESİ ÜYELERİ** |
| Üyeler | Unvanı - Adı Soyadı | Ana Bilim Dalı | Kurumu |
| Danışman |  |  |  |
| Üye (Ana Bilim Dalı) |  |  |  |
| Üye (Farklı Ana Bilim Dalı) |  |  |  |
|   |
| Yukarıda bilgileri verilen danışmanı olduğum öğrenci ve tez izleme komitesi ile yapılan görüşmeler sonunda belirlenen doktora tez öneri savunması / tez izleme sınavına aşağıdaki tarih, saat ve yeri olarak belirlenmiştir. Gereğini arz ederim. |
| DanışmanUnvanı - Adı Soyadı |  |
| Tarih… /… / 20… | İmza |
|  |
| Sınav Tarihi | … /… / 20… |
| Sınav Saati | .….… : ……. |
| Sınav Yeri |  |
|  |
| Yukarıda bilgileri verilen öğrenci için belirlenen doktora tez öneri savunması / tez izleme sınavı bilgilerinin onayı hususunda gereğini arz ederim. |
| Ana Bilim Dalı BaşkanıUnvanı - Adı Soyadı |  |
| Tarih… /… / 20… | İmza |