



دانشگاه صنعتی خواجه نصیرالدین طوسی

تاریخ :

شماره :

پیوست :

سرپرست محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده هوافضا

اینجانب به شماره دانشجویی دانشجوی دکترا-
رشته گرایش تقاضای تشکیل سمینار ۶ ماهه خود را در روز
مورخ رأس ساعت در سالن سمعی و بصری کارشناسی / کارشناسی ارشد را دارم.

امضاء دانشجو

۱- اینجانب استاد راهنمای (اول) دانشجوی دکترای فوق با برگزاری سمینار
در تاریخ موافق می باشم.

امضاء

۲- اینجانب استاد راهنمای (دوم) دانشجوی دکترای فوق با برگزاری سمینار
در تاریخ موافق می باشم.

امضاء

۳- اینجانب نماینده تحصیلات تکمیلی با برگزاری سمینار در تاریخ
..... موافق می باشم.

امضاء