**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**TEZ İZLEME KOMİTESİ TOPLANTI BAŞVURU FORMU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı | Öğrenci Adı SOYADI | Numarası | Öğrenci Numarası |
| Anabilim Dalı | Anabilim Dalı | | |
| Programı |  | | |
| Danışmanı | Unvan | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Tez Başlığı | Tez Başlığı |

|  |  |
| --- | --- |
| Toplantı Dönemi/Yılı | Seçiniz |

|  |  |
| --- | --- |
| TİK Sayısı | Seçiniz |

|  |  |
| --- | --- |
| **……………………………Ana Bilim Dalı Başkanlığına** | |
| Danışmanı olduğum ve yukarıda bilgileri verilen öğrencinin Tez İzleme Kurulu Toplantısının aşağıda belirtilen tarih ve saatte yapılması hususunda gereğini bilgilerinize arz ederim.  Önerilen tarih :  Önerilen saati : | |
|  | Tarih Seçiniz  Unvan Danışman Adı SOYADI  İmza |

|  |
| --- |
| UYGUNDUR  Ana Bilim Dalı Başkanı  İmza |