**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 |

|  |
| --- |
| UYGUNDURAna Bilim Dalı Başkanıİmza |