



دانشگاه گیلان

دانشکده کوشناسی

باسمه تعالی

شماره:

تاریخ:

پیوست:

فرم الف

مسئول محترم تحصیلات تکمیلی کوشناسی

با سلام و احترام

بدین وسیله اعلام می دارد اصلاحات مورد نیاز پایان نامه خواهر/ برادر  
دانشجوی کارشناسی ارشد رشته ..... مطابق راهنمای تدوین پایان نامه و نظرات  
هیئت داوران دانشکده انجام گرفته و مورد تأیید اینجانب می باشد.

نام نام خانوادگی استاد راهنما  
امضاء

نام نام خانوادگی داور  
امضاء

فرم ب

فرم تحویل پایان نامه کارشناسی ارشد

بدینوسیله تأیید می گردد پایان نامه دوره کارشناسی ارشد همراه با فایل word , pdf

رشته:

به شماره دانشجویی

آقای/ خانم

تحویل گردید.

با عنوان:

نام واحد	نام تحویل گیرنده	تاریخ	مهر و امضاء
استاد راهنما اول (پایان نامه + cd)			
استاد راهنما دوم (پایان نامه + cd)			
استاد مشاور اول (فقط cd)			
استاد مشاور دوم (فقط cd)			
تحصیلات تکمیلی دانشکده (فقط cd)			
کتابخانه دانشکده ( ۱ عدد پایان نامه + cd)			
کتابخانه مرکزی دانشگاه (فقط cd)			

\*نسخه های تحویلی به کتابخانه و اساتید راهنما بصورت چاپ دورو تهیه گردد\*

سمنان، میدان سعدی  
بلوار مولوی، خیابان سوم  
کد پستی: ۴۵۳۹۹-۳۵۱۹۶  
تلفن: ۳۳۳۳۵۴۰۵  
نمابر: ۳۳۳۳۵۴۰۴