



FEYZİYE MEKTEPLERİ VAKFI
İŞIK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZ SINAV JÜRİSİ ÖNERİ FORMU

Doktora Programı	_____
Öğrenci Numarası	_____
Öğrencinin Adı ve Soyadı	_____
Tez Danışmanı	_____
Tezin Başlığı	_____

Yukarıda adı ve soyadı yazılı doktora öğrencisinin önerilen tez sınav jürisi aşağıda sunulmaktadır.
Gereğini arz ederim.

Formun Doldurulduğu Tarih : ___ / ___ / ____

Anabilim Dalı Başkanı

Tez Savunma Tarihi : ___ / ___ / ____

Adı ve Soyadı: _____

Saati : _____

İmza : _____

ÖNERİLEN TEZ SINAV JÜRİSİ

Adı Soyadı, Ünvanı, Anabilim Dalı

	<u>Adı Soyadı</u>	<u>Kurumu</u>
Tez Danışmanı	_____	_____
Tez İzleme Komitesi Üyesi	_____	_____
Tez İzleme Komitesi Üyesi	_____	_____
Üye	_____	_____
Üye	_____	_____
Yedek Üye	_____	_____
Yedek Üye	_____	_____

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İletişim Bilgileri

444 07 99 / 6128-6129-6105

lee@isikun.edu.tr