



FEYZİYE MEKTEPLERİ VAKFI
İŞIK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**DOKTORA
YETERLİK SINAV
JÜRİSİ ÖNERİ
FORMU**

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

Yukarıda adı ve soyadı yazılı öğrencinin önerilen doktora yeterlik sınav jürisi aşağıda sunulmaktadır.
Gereğini arz ederim.

Formun Doldurulduğu Tarih: ____ / ____ / ____

Anabilim Dalı Başkanı

Sözlü Sınav Tarih: ____ / ____ / ____

Adı ve Soyadı: _____

Saat:

Yazılı Sınav Tarih: ____ / ____ / ____

İmza : _____

Saat:

ÖNERİLEN DOKTORA YETERLİK SINAV JÜRİSİ

Adı Soyadı, Ünvanı, Anabilim Dalı

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

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İletişim Bilgileri

444 07 99 / 6128-6129-6105

lee@isikun.edu.tr