



FEYZİYE MEKTEPLERİ VAKFI
İŞIK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZ İZLEME KOMİTESİ ÖNERİ FORMU

Doktora Programı	_____
Öğrenci Numarası	_____
Öğrencinin Adı ve Soyadı	_____
Tez Danışmanı	_____
Tez Konusu	_____

Yukarıda adı ve soyadı yazılı doktora öğrencisinin önerilen tez izleme komitesi aşağıda sunulmaktadır.
Gereğini arz ederim.

Tarih: ___ / ___ / _____

Anabilim Dalı Başkanı

Adı ve Soyadı : _____

Sunumun Yapılacağı Tarih: ___ / ___ / ___

İmza : _____

Saat:

ÖNERİLEN TEZ İZLEME KOMİTESİ

Adı Soyadı, Ünvanı, Anabilim Dalı

Tez Danışmanı	_____
Üye	_____
Üye	_____

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İletişim Bilgileri

444 07 99 / 6128-6129-6105

lee@isikun.edu.tr