



شماره:.....

تاریخ:.....

معاونت محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده.....

با سلام احتراماً، خواهشمند است هزینه آزمایش دانشجویان کارشناسی ارشد/دکتری زیر از محل بودجه مرتبط با پایان نامه/رساله دانشجویان پرداخت گردد.

ردیف	نام و نام خانوادگی دانشجو	شماره دانشجویی	مقطع تحصیلی	سقف قابل هزینه (ریال)	نام و امضاء استاد راهنما
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
جمع کل					

معاون محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده

نام و امضاء کارشناس تحصیلات تکمیلی دانشکده

☐ لیست و سقف قابل هزینه دانشجویان فوق بررسی و مورد تأیید می باشد.

توضیحات:

مدیریت محترم خدمات آزمایشگاهی

هزینه انجام آزمایش ها مطابق مقررات، تا سقف ریال مورد تأیید می باشد. نام و امضاء معاون تحصیلات تکمیلی دانشکده

مدیریت محترم تحصیلات تکمیلی دانشگاه

لطفاً با توجه به فاکتورهای پیوست نسبت به پرداخت هزینه آزمایش های انجام شده به مبلغ کل ریال در سقف مصوب اقدام گردد. مدیریت خدمات آزمایشگاهی

مدیریت محترم تحصیلات تکمیلی دانشگاه

نام و امضاء کارشناس تحصیلات تکمیلی دانشگاه

☐ پرداخت هزینه های اعلام شده مطابق مقررات، قابل پرداخت می باشد.

☐ عودت به دانشکده

جمعه دار محترم معاونت آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه

مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه
معاون آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه

لطفاً، اسناد پیوست از محل اعتبار فوق در سقف مصوب پرداخت گردد.