



İSTANBUL AYVANSARAY ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

.../.../20...

TEZ İZLEME BAŞVURU FORMU

EnstitünüzDoktora Programı öğrencisiyim.
20.../20... Eğitim-Öğretim yılı Güz / Bahar Yarıyılında tez izleme savunmasına girmek istiyorum.
Gereğini arz ederim.

Anabilim Dalı	Eğitim Öğretim Yılı	20... / 20...
Programı		
Öğrenci No	Yarıyılı	Güz () / Bahar ()
Adı Soyadı	Tarih	
E-Posta	İmza	
Tel		
Adres		

Kimlik bilgileri yukarıda belirtilen öğrencimizin
sınavı .../.../..... tarihinde , saat :’de
.....’de yapılacaktır.

Gereğini arz ederim.

Tez Danışmanı

Adı Soyadı :

İmza :

Anabilim Dalı Başkanı

Adı Soyadı :

İmza :

Adres: Ayvansaray Caddesi No: 45 Balat - Fatih 34087 İstanbul/Türkiye

Tel: 444 76 96 **Faks:** (0212) 621 45 03 **www.ayvansaray.edu.tr**