Danışmanı olduğum …….’nın tez izleme komitesi toplantısının aşağıda belirtilen tarihte yapılması konusunda gereğini arz ederim.

Danışman

Adı-Soyadı-İmzası

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ÖĞRENCİNİN** | Adı Soyadı |  |
| Numarası |  |
| Anabilim Dalı |  |
| Danışmanı |  |
| Tez İzleme Komitesi Üyesi |  |
| Tez İzleme Komitesi Üyesi |  |
| **DOKTORA TEZ KONUSU** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Toplantı Tarihi** |  |
| **Toplantı Saati** |  |
| **Toplantı Yeri** |  |
| **Tez İzleme Komitesinin Toplantı Dönemi** |  Ocak-Haziran 20….. Temmuz-Aralık 20…. |
| **Toplantı No** | 62345871 |