



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	مبلغ (ریال)	نام و امضاء استاد راهنما
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					

معاون محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده

نام و امضاء کارشناس تحصیلات تکمیلی دانشکده

لیست دانشجویان فوق بررسی و مورد تایید می باشد.

توضیحات:.....

مدیریت محترم خدمات آزمایشگاهی

نام و امضاء معاون تحصیلات تکمیلی دانشکده

هزینه آزمایش دانشجویان مطابق مقررات، مورد تایید می باشد.

مدیریت محترم تحصیلات تکمیلی دانشگاه

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

مدیریت محترم 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

جمعدار 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.