|  |  |
| --- | --- |
|  | **T.C.****NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ****LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ****DOKTORA TEZ İZLEME SINAVI BAŞVURU FORMU** |
| **ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI** |  |
| **ÖĞRENCİ NO** |  |
| **T.C. KİMLİK NO** |  |
| **TELEFON** |  |
| **ENSTİTÜ ANABİLİM DALI** | İŞLETME  |
| **DOKTORA PROGRAMI** | İŞLETME YÖNETİMİ |
| **TARİH** |  |
| **ÖĞRENCİ KAÇINCI TEZ İZLEME SINAVINA GİRECEK?** |  |
| **TEZ BAŞLIĞI** |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE** Yukarıda bilgileri yer alan doktora programı öğrencisinin 2018-2019 Güz YY. da 1. tez izleme sınavına girebilmesi için gerekli işlemlerin yapılması ve sınav tarihinin belirlenmesi için gereğini arz ederim.**Danışman Öğretim Üyesinin** Adı Soyadı:Kurumu : İmzası : |
| **ENSTİTÜ TARAFINDAN ONAYLANMIŞ TEZ İZLEME JÜRİSİ** |
| **ÜNVANI / ADI SOYADI** | **KURUMU** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |