تکمیل فرم در ابتدای ترم تحصیلی

|  |  |
| --- | --- |
| دانشجو | اینجانب:............................................به شماره دانشجوئی:................................... کد ملی: .................................... دانشجوی مقطع:..................................­شماره­ تماس:.................................... شماره حساب (بانک کشاورزی):....................................... شماره شبا:................................................................................ متقاضی کار دانشجوئی به عنوان دستیار آموزشی برای همکاری با آقای دکتر................................... در درس .................................... می باشم. تاریخ و امضا: |
| هیات علمی | معاون محترم آموزشی و تحصیلات تکمیلیتوانمندی علمی دانشجوی متقاضی برای همکاری آموزشی مورد تایید است. تاریخ و امضا: |
| معاون دانشکده | رئیس محترم دانشکده مهندسی صنایعهمکاری دانشجوی فوق با آقای دکتر .....................................طبق جلسه شورای دانشکده به شماره ...................... و تاریخ ..................... مورد تایید می باشد. تاریخ و امضا: |

\*- ذکر تاریخ در بخش معین شده ضروری می باشد.

\*\*- مهلت تحویل فرم حداکثر تا دوهفته اول هر نیمسال با امضای دانشجو و استاد درس می باشد.



تکمیل فرم در پایان ترم تحصیلی

گزارش انجام کار دانشجوئی نیمسال سال تحصیلی

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| مقطع: کارشناسی🞏 کارشناسی ارشد­🞏 دکتری🞏دوره: روزانه­🞏 شبانه­🞏 | شماره دانشجوئی: | نام و نام خانوادگی: |
| شماره تماس:  | شماره حساب (بانک کشاورزی):  | نوع کار:آموزشی­🞏 پژوهشی­🞏 سایر........................... |
| شرح انجام کار:............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

|  |  |
| --- | --- |
| ساعت (حداکثر هر ماه 60 ساعت) | تاریخ |
|  | لغایت |
|  | لغایت |
|  | لغایت |
|  | لغایت |
|  | مجموع ساعت کار |

امضا و تاریخ:

استاد:

مدیرگروه: معاون آموزشی دانشکده: رئیس دانشکده:

