



كلية الزراعة



جامعة أسيوط
الإدارة العامة للدراسات
العليا

طلب تحديد موعد مناقشة رسالة علمية

☐ دكتوراه ☐ الدرجة العلمية: ماجستير

اسم الطالب/ة:

تاريخ التسجيل:

تاريخ القيد:

التخصص الدقيق:

التخصص العام:

عنوان الرسالة باللغة العربية:

عنوان الرسالة باللغة الإنجليزية

تاريخ موافقة مجلس القسم على التشكيل: / / 20م.

تاريخ موافقة مجلس الكلية على التشكيل: / / 20م.

تاريخ اعتماد أ.د/ نائب رئيس الجامعة للتشكيل: / / 20م.

أعضاء لجنة الحكم:

الاسم	الكلية/الجامعة	الايمل	التليفون

السيد أ.د/ نائب رئيس الجامعة لشئون الدراسات العليا والبحوث نرجو من سيادتكم التكرم بالموافقة على أن تتم المناقشة يوم: الموافق: / / 20م بقاعة: بالدور:

أ.د/ وكيل الكلية للدراسات العليا

مدير إدارة الدراسات العليا بالكلية

أ.د/ جمال بدر

القائم بعمل نائب رئيس الجامعة
لشئون الدراسات العليا والبحوث