 T.C.

 İSTANBUL BEYKENT ÜNİVERSİTESİ

 LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

 MÜDÜRLÜĞÜ

DOKTORA/SANATTA YETERLİK TEZ İZLEME

 BİLGİ FORMU

Adı ve Soyadı: .........................................................................

Okul Numarası: ........................................................................

Bilim Dalı: :..............................................................................

Öğrenci Mail/ Tel: ..........................................................................

Tez İzleme Tarihi: ....................................................................

Tez İzleme Saati: :.....................................................................

Yüzyüze/Online: .......................................................................

|  |
| --- |
| TEZ İZLEME JÜRİ ÜYE BİLGİLERİ |
| JÜRİ ÜYESİ | MAİL | KURUM BİLGİSİ |
| Danışman: |  |  |
| Üye: |  |  |
| Üye:  |  |  |

\*Tez İzleme Komitesi Ara Raporu tez izleme tarihinden en geç 10 gün öncesinde leesekreterlik@beykent.edu.tr adresine iletilmelidir. Mail iletirken jüri üyesi öğretim üyeleri cc kısmına eklenmelidir.

\*Jüri üyesi hocaların unvan, üniversite ve mail bilgileri eksiksiz yazılmalıdır.

\* İzleme sonrası form jüri üyesi öğretim üyelerinden imzalar alınarak 5 iş günü içerisinde Enstitü Sekreterliğine teslim edilmelidir.

Teslim Alan Enstitü Sekreterlik Personeli