



T.C.
İstanbul
YENİ YÜZYIL
ÜNİVERSİTESİ

SBE LİSANSÜSTÜ DOKTORA TEZ İZLEME SINAV FORMU*

(* İlgili Anabilim Dalı Başkanı ve/veya Tez Danışmanı tarafından doldurulacaktır.)

Doktora Program Adı:

Anabilim Dalı Başkanı Adı Soyadı / Tez Danışmanı Adı Soyadı

.....

Tez izleme savunmasına girecek öğrencinin

Ad, Soyad:

Öğrenci No :

Öğrenci İmza

Kaçıncı Tez İzleme Olduğu: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Önerilen Tez İzleme Günü ve saati:

.....

Alternatif Tez İzleme Günü ve saati

.....

Önerilen Tez İzleme Komiteleri Üyeleri adı ve açık adresi, e-mail adresi, Tel no.

Ad, Soyad (Akademik ünvanı ile)	Çalıştığı Kurum ve Anabilim Dalı	Açık Posta Adresi	E-Mail Adresi	Tel No	Tez İzleme Komitesi
					DANIŞMAN
					ÜYE
					ÜYE

Tez Danışman Adı-Soyadı:

Tez Danışman İmza: