



T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
TEZ ÇALIŞMA RAPORU SUNMA FORMU

Öğrenci No:	
Adı, Soyadı:	
Anabilim/Bilim Dalı:	
Programı:	<input type="checkbox"/> Doktora <input type="checkbox"/> Doktora (Bütünleşik) <input type="checkbox"/> Sanatta Yeterlik
Tez Konu/İzleme Aşaması	<input type="checkbox"/> Konu Öneri <input type="checkbox"/> 1. Tez izleme <input type="checkbox"/> 2. Tez izleme <input type="checkbox"/> 3. Tez izleme <input type="checkbox"/> 4. Tez izleme
Cep Telefon Numarası:	
Danışmanı (Unvanı, Adı ve Soyadı):	
Tez Konusu:	
TEZ İZLEME KOMİTESİ ÜYELERİ	
Unvanı, Adı, Soyadı	
Kurumu (Üniversite, Fakülte, Anabilim Dalı)	
1. Danışman:	
2. Üye	
3. Üye	
Tez İzleme Toplantı Tarihi:/...../..... Saati: * Önerilen tarih, Enstitüye teslim tarihinden itibaren en erken 15 gün sonra veya 30 gün sonra olacaktır.
Tez İzleme Toplantı Yeri:	Sefaköy Yerleşkesi/Toplantı Salonu

Tez izleme çalışma raporumu sunmak üzere tez izleme komitesi üyelerinin yukarıda belirtilen tarih ve yerde toplanması hususunda bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

//_...

Öğrenci İmza