**T.C.**

**GALATASARAY ÜNİVERSİTESİ**

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

**Öğrencinin**

|  |
| --- |
| **Adı Soyadı :** |
| **Numarası :** |
| **Anabilim Dalı :** |
| **Bilim Dalı :** |

|  |
| --- |
| **Tez Savunma Sınavı Tarihi :** …. / …. / 20…. |
| **Tez Savunma Sınavı Saati :** |
| **Tez Savunma Sınavı Yeri :** |

Yukarıda adı geçen öğrencinin doktora / yüksek lisans tez savunma sınavının belirtilen tarih, saat ve yerde yapılacağı hususunu gereği için bilgilerinize arz ederiz.

Saygılarımızla.

Tarih : …. / …. / 20 .... Tarih : …. / …. / 20 ....

**TEZ DANIŞMAN ANABİLİM DALI BAŞKANI**

Unvanı, Adı − Soyadı Unvanı, Adı − Soyadı

İmza İmza