



دانشگاه تربیت مدرس
دانشکده علوم ریاضی

جمهوری اسلامی ایران

صورتجلسه ارائه سمینار دکتری

شماره
پایه
پست

نام و نام خانوادگی:

شماره دانشجویی:

نیمسال انتخاب واحد:

تعداد واحد:

موضوع سمینار:

دانشکده:

رشته:

جلسه ارائه سمینار در تاریخ:

برگزار گردید و

نمره (به عدد و حروف)..... برای ایشان اعلام می گردد.

نام و نام خانوادگی استاد سمینار:

امضاء

اسامی شرکت کنندگان در سمینار:

امضاء

-۱

-۲

-۳

-۴

-۵

-۶

-۷

-۸

-۹

-۱۰

مدیر گروه آموزشی:

نام و نام خانوادگی

امضاء

تهران، جلال آل احمد، بل نصر
دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم ریاضی
صندوق پستی: ۱۳۴-۱۴۱۱۵
تلفن: ۸۲۸۸۴۷۱۶
دورنگار: ۸۲۸۸۳۴۹۳

Dean_mathscience@modares.ac.ir
www.modares.ac.ir