



صورتجلسه ارائه سمینار

شماره دانشجویی :

نام و نام خانوادگی :

موضوع سمینار :

دانشکده علوم ریاضی

رشته :

جلسه ارائه سمینار در تاریخ / / برگزار گردید . و نمره به عدد (

نمره به حروف) (برای ایشان منظور گردید.

استاد متخصص سمینار :

مدیر گروه :

معاون آموزشی دانشکده :

حاضرین در جلسه:

- ۱
- ۲
- ۳
- ۴
- ۵
- ۶
- ۷
- ۸
- ۹
- ۱۰

تهران، جلال آل احمد پل نصر
دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم ریاضی

صندوق پستی: ۱۳۳-۱۴۱۱۵

تلفن: ۸۲۸۸۴۷۱۶

دورنما: ۸۲۸۸۳۴۹۳