



دانشگاه هنر اصفهان
مدیر تحصیلات تکمیلی

به نام ایزد دانا

کار برگ شماره ج - سه

تاریخ:

شماره:

گواهی شرکت در جلسات سمینار

مشخصات دانشجو

نام و نام خانوادگی:		دانشکده:	
گروه:		رشته:	
عنوان سمینار	نام دانشجو	تاریخ برگزاری	امضاء نماینده تحصیلات تکمیلی
-۱			
-۲			
-۳			

تایید نهایی:

معاون آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشکده