

תאריך: _____

הנדון: הרצאה פומבית על עבודת המחקר לתואר השני

הרינו לאשר בזה כי ניתנה הרצאה פומבית במסגרת סמינר מדעי המוח של ביה"ס על העבודה

בתאריך _____ בשעה _____.

שם התלמיד: _____ חתימת התלמיד: _____

שם המנחה: _____ חתימת המנחה: _____

בית הספר סגול למדעי המוח, רמת אביב, תל אביב 69978. טלפונים: 03-6409385, 03-6409081, פקסימיליה: 03-6409136
Sagol School of Neuroscience, Ramat Aviv, 69978 Tel Aviv, Israel. Tel. 972-3-6409081, FAX. 972-3-6409136

בית הספר סגול למדעי המוח אוניברסיטת תל אביב