|  |  |
| --- | --- |
| **Başvuru No\*** |  |
| **Başvuru Tarihi** |  |

|  |
| --- |
| **ÖĞRENCİ BİLGİLERİ** |
|  | 1. **Öğrenci**
 | 1. **Öğrenci**
 |
| Öğrenci No |  |  |
| Adı Soyadı |  |  |
| Sınıfı |  |  |
| Grup |  |  |
| E-posta Adresi |  |  |
| 202..-202.. Eğitim Öğretim Yılı İntörnlük Uygulamaları Eğitimini alacağımız gurubun yukarıda belirttiğimiz şekilde karşılıklı olarak değiştirilmesi hususunda gereğini arz ederiz. |
| 1. **Öğrenci /Adı Soyadı**

**Tarih / İmza** | 1. **Öğrenci / Adı Soyadı**

**Tarih / İmza** |
|  |  |
| *Karşılıklı yer değişikliği (becayiş) başvuruları bir defaya mahsustur ve intörn grupları ilan edildikten sonraki 5 iş günü içerisinde yapılabilir..* **Belirtilen süreç dışındaki başvurular kabul edilmeyecektir.** |
|  |

**DEĞERLENDİRME\***

|  |  |
| --- | --- |
| **Sonuç** |  |
| **Geri Bildirim** |  |

**\*Bu bölümler Hamidiye Tıp Fakültesi Öğrenci İşleri Birimi tarafından doldurulacaktır.**

**ONAY**