T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

………………………………………. Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü

Sayı : ……………………..

Konu : Dr……………..’ın Tez Savunma Sınav Jürisi

GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Hastanemiz ………………………. Kliniği'nde eğitim gören uzmanlık öğrencilerinden Dr…………………'nın Tıpta ve Diş Hekimliğinde uzmanlık eğitimi yönetmeliğinin 19.Maddesine göre tez savunma sınavının belirleyeceğiniz jüri isim listesi ile XX.XX.202X tarihinde saat 10.00' da Hastanemizde yapılması hususunda uygunluğunu;

Arz ederim

SUAM Müdürü

Ek:Jüri Teklif Çizelgesi

Dr. XXXXXXXXX’nın Tez Savunma Sınav Jürisi

Sınav Tarihi : XX.XX.202X

Sınav Saati : 10:00

Sınav Yeri : Sağlık Bilimleri Üniversitesi XXXXXX SUAM

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| S.  No | Ünvanı | Adı Soyadı | Kadrosunun Bağlı Olduğu Kurum | Görev yeri | Uzmanlık Dalı |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |