T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

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

Sayı : ……………………..

Konu : Dr……………..’ın Uzmanlık Eğitimi Bitirme Sınavı

GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Hastanemiz ………………………. Kliniği'nde eğitim gören uzmanlık öğrencilerinden Dr…………………'nın Tıpta ve Diş Hekimliğinde uzmanlık eğitimi yönetmeliğinin 20.Maddesine göre uzmanlık eğitimi bitirme 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 Uzmanlık Eğitimi Bitirme 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. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |