ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

Eğitim Planlama Kurulu’na

Hastanemiz ………………………………………….. Kliniğinde ………………… uzmanlık öğrencisi olarak görev yapmakta olan Uzm. Dr. …………………………………………………..’in eğitim süresi …………………………tarihinde dolmaktadır. Tez savunma sınavının ………………………………. tarihinde tarafınızca belirleyeceğiniz jürilerle yapılması hususunda;

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

.………………………….……………..

……………………………..…Kliniği

Eğitim Sorumlusu

İmza

Sınav Jürileri:

Asil Üyeler: (Unvanı, Adı Soyadı, Branşı, Kurumu)

1-

2-

3-

Yedek üyeler: (Unvanı, Adı Soyadı, Branşı, Kurumu)

1-

2-