ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

Eğitim Planlama Kurulu’na

Hastanemiz ………………………………………….. Kliniğinde uzmanlık öğrencisi olarak görev yapmakta olan Dr. …………………………………………………..’in eğitim süresi …………………………tarihinde dolmaktadır. Uzmanlık bitirme 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-

4-

5-

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

1-

2-