T.C.

ERZURUM TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SEMİNER BİLDİRİM FORMU**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Öğrencinin:**

**Adı Soyadı / Numarası:** …………………………………………....... / …………………

**Ana Bilim Dalı:**

**Programı:** Program seçiniz

**Danışmanı:**

**E-mail:**

**Öğrenci İmza:**

Danışman, ünvan, ad ve soyadı yazınız

(İmza)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Seminer Adı:** ...............................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………..

**Seminerin Sunulacağı**

**Tarih:** Tarih girmek için tıklayın

**Saat:**

**Yer:**

Tarih girmek için tıklayınAnabilimdalı Başkanı, ünvan, ad ve soyadı yazınız

**Anabilimdalı Başkanı**

(İmza)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**