**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI’NA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Uzmanlık Öğrencisinin Adı Soyadı/Kimlik****Bilgisi/Telefon Numarası** | **Sınav Türü/****Tarihi/****Saati** | **S.No** | **Ünvanı****(Bu Bölüme Jüri Üyesi Olarak Teklif Edilen Kişinin Akademik Unvanı (Prof.Dr.,Doç.Dr.,Dr.Öğt.Üyesi) Yazılacaktır. Uzman Tabipler İçin İse Aşağıdaki Kısaltma Kullanılacaktır. Uzm.Dr.(Başasistan), Uzm.Dr.(Eğitim Görevlisi)** | **Adı Soyadı** | **Kadrosunun Bağlı Olduğu Kurum** **(Jüri Üyesinin Kadrosunun Olduğu Kurum Yazılacaktır. (SB.,SBÜ, SBÜ SUAM.,SB.EAH veya Diğer Üniversiteler)** | **Görev Yeri****(Halen Görev Yapılan Kurum Yazılacaktır.)** | **Uzmanlık Dalı****(Jüri Üyesinin Uzmanlık Dalı Belirtilecektir.)** |
|  | TEZ SINAVI | 1 |   |  |  |  |  |
|  | 2 |  |  |  |  |  |
|  | 3 |  |  |  |  |  |
|  | 4 |  |  |  |  |  |
|  | 5 |  |  |  |  |  |
|  | 6 |  |  |  |  |  |
|  | UZMANLIK SINAVI | 1 |  |  |  |  |  |
|  | 2 |  |  |  |  |  |
|  | 3 |  |  |  |  |  |
|  | 4 |  |  |  |  |  |
|  | 5 |  |  |  |  |  |
|  | 6 |  |  |  |  |  |
|  | 7 |  |  |  |  |  |
|  | 8 |  |  |  |  |  |
|  | 9 |  |  |  |  |  |
|  |  | 10 |  |  |  |  |  |

**Program Yöneticisi SUAM Müdürü**