

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | T.C.  SAĞLIK BAKANLIĞI  Sağlık Bilimleri Üniversitesi  Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi | thumbnail_amblem@4x |

BAŞVURU DOSYASI

Çalışmanın Adı:

Sorumlu Araştırmacı: Ad/Soyad/Unvan:

Cep:

e-mail:

**Yapılan başvuru tez başvurusu ise doldurulacak kısım**

Sorumlu Araştırmacı: (*Tez danışmanı*)

Ad/Soyad/Unvan:

Cep:

e-mail:

Yardımcı Araştırmacı: (*Tez Başvurusu Yapan Asistan Doktor)*

Ad/Soyad/Unvan:

Cep:

e-mail: