|  |  |
| --- | --- |
|  | SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİKALİBRASYON UZMANLIK EĞİTİMLERİ**BAŞVURU FORMU** |
| T.C. KİMLİK NO: |  |
| ADINIZ: |  |
| SOYADINIZ |  |
| DOĞUM TARİHİ: |  |
| KATILMAK İSTEĞİNİZ EĞİTİMLER: (TEMEL TEORİK EĞİTİM + ) |
| □ 1.SOLUNUM SİSTEMLERİ TEST KONTROL VE KALİBRASYON UZMANI□ 2.FİZYÖLOJİK SİNYAL İZLEME SİSTEMLERİ TEST KONTROL VE KALİBRASYON UZMANI□ 3.ELEKTROTERAPİ SİSTEMLERİ TEST KONTROL VE KALİBRASYON UZMANI□ 4.ELEKTROCERRAHİ SİSTEMLERİ TEST KONTROL VE KALİBRASYON UZMANI |
| ÇALIŞTIĞINIZ KURUM / FİRMA ADI: |  |
| CİNSİYET: |  □ERKEK □ KADIN |
| E-POSTA: |  |
| CEP TELEFONU |  |
| SABİT TELEFON: |  |
| EK BİLGİ (Eğitim ile ilgili diğer taleplerinizi bu alana iletebilirsiniz) |  |

**Not: Almak istediğiniz eğitimin kutucuğunu işaretleyerek formu** **kalibrasyon@sbu.edu.tr** **adresine gönderiniz.**