|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  KALİBRASYON 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**](mailto:kalibrasyon@sbu.edu.tr) **adresine gönderiniz.**