****

**T.C.**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DANIŞMAN ATAMA ÖNERİ FORMU**

|  |
| --- |
| Tarih:   /  /  **SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**  Anabilim Dalımız lisansüstü programına kayıtlı öğrencimizin danışman tercihi ve danışman olarak önerilen öğretim üyesinin onayı aşağıda sunulmuştur.  Gereğini bilgilerinize arz ederim.  İmza        Anabilim Dalı Başkanı  (Unvanı, Adı ve Soyadı) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Öğrencinin Adı Soyadı** | **Programı**  **(YL-Doktora)** | **İmzası** |
|  |  |  |
| Yukarıda bilgileri verilen lisansüstü öğrencimizin danışmanlığını kabul ediyorum.  İmza  **Danışman Unvan Adı Soyadı** | | |

|  |
| --- |
| **ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI** |
| Karar No: Tarih:  Yukarıdaki önerinin uygun bulunmuştur.  İmza    **Enstitü Müdürü** |