****

**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**  |