|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  SÜREKLİ EĞİTİM UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ  **EĞİTİCİNİN EĞİTİMİ**  **BAŞVURU FORMU** | |
| T.C. KİMLİK NO: | |  |
| ADINIZ: | |  |
| SOYADINIZ | |  |
| DOĞUM TARİHİ: | |  |
| E-POSTA: | |  |
| CEP TELEFONU | |  |
| MESLEK | |  |
| MEZUN OLDUĞU OKUL / BÖLÜM | |  |
| EK BİLGİ (Eğitim ile ilgili diğer taleplerinizi bu alana iletebilirsiniz) | |  |

**Formu;**

[**surekliegitim@sbu.edu.tr**](mailto:surekliegitim@sbu.edu.tr) **adresine gönderiniz.**

**İletişim için;**

[**0216 418 96 16**](tel:+90%20216%20418%2096%2016)

**Ödeme için;**

**ALICI: SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**IBAN TR840001500158007305550229** hesabına yatırılması gerekmektedir. Ayrıca başvuru ücretlerinin gönderimi esnasında dekontta eğitimin ismi mutlaka yazılmalıdır.