|  |  |
| --- | --- |
|  | **SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ****SÜREKLİ EĞİTİM UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ****ÖN KAYIT FORMU** |
| BAŞVURULAN EĞİTİM İSMİ |  |
| T.C. KİMLİK NO |  |
| İSİM |  |
| SOYİSİM |  |
| DOĞUM TARİHİ |  |
| E-POSTA |  |
| CEP TELEFONU |  |
| MESLEK |  |
| EĞİTİM BİLGİLERİ |  |
| EK BİLGİ (Eğitim ile ilgili diğer taleplerinizi bu alana iletebilirsiniz) |  |

**Lütfen başvuru formunuzu** **surekliegitim@sbu.edu.tr** **mail adresine gönderiniz.**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**Sürekli Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi (SEM)**

**Mekteb-i Tıbbiyye-i Şahane (Haydarpaşa) Külliyesi**

**Selimiye Mah. Tıbbiye Cad. No:38 34668 Üsküdar, İstanbul**

**+90 216 777 87 75 /** **surekliegitim@sbu.edu.tr**