**T C**

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TEZ İZLEME KOMİTESİ TOPLANTI BAŞVURUSU**

# Öğrenci Bilgileri

|  |
| --- |
| Adı Soyadı : No : Anabilim Dalı :   |
| Başvuru Dönemi : 2020-2021 GÜZ Y.Y.   |
| Tez Başlığı :  |

# TEZ İZLEME KOMİTESİ ÜYELERİ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Unvan – Adı Soyad**  | **Üniversite**  | **Cep Tel.No**  | **E-posta Adresi**  |
| **Danışman**  |  |  |  |  |
| **Üye**  |  |  |  |  |
| **Üye**  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tez İzleme Sınav Tarihi-Saati**  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Öğrenci**  **(Adı Soyadı – İmza )**  | **Danışman** **(Adı Soyadı – İmza )**  | **Anabilim Dalı Bşk. (Adı Soyadı – İmza )**  |