**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 )** |