



T C
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TEZ İZLEME KOMİTESİ TOPLANTI BAŞVURUSU

Öğrenci Bilgileri

Adı Soyadı	:	
No	:	
Anabilim Dalı	:	
Başvuru Dönemi	:	2019-2020 Bahar 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)
--	---	---

