TÜRK KULAK BURUN BOĞAZ VE BAŞ BOYUN CERRAHİSİ DERNEĞİ
ASİSTAN OKULU BAŞVURU FORMU

KURSA KATILMAK İSTEYEN ASİSTANIN;	
Adı Soyadı	
Cep Telefonu	
e-mail Adresi	
Doğum Tarihi	
İhtisas Yaptığı Kurum	
İhtisasa Başlama Tarihi	
Daha önce Asistan Okuluna katıldınız mı?	
Daha önce Asistan Okuluna başvurdunuz mu?	
Daha önce kadavra kursuna katıldınız mı?	
Asistan Okulu Kadavra Kursu için gerekli eğitimlere katılacağımı, katılım ücretini karşılayacağımı, kurs öncesinde ve sırasında bildirilen kurallara uyacağımı beyan ederim.	
TARİH / İMZA	

KURUMUNUZDAN İLERİ DİSEKSİYON VE EĞİTİM YARDIMCISI OLARAK KATILMAK İSTEYEN UZMAN VAR İSE;	
Adı Soyadı	
Ünvanı	
Cep Telefonu	
e-mail Adresi	

FORMU ONAYLAYAN BÖLÜM BAŞKANI / EĞİTİM SORUMLUSU;	
Adı Soyadı	
Ünvanı	
Kurumu	
Cep Telefonu	
e-mail Adresi	
Kliniğinizden daha önce kursa katılım oldu mu?	
Kursa katılmak isteyen Asistan (ve Uzman) meslektaşımızın kadavra kursu için uygun olduğu ve gerekli şartları sağlayacağı kanaatimi beyan ederim.	
TARİH / İMZA	