

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

KURSA KATILACAK ASİSTANIN:

ADI / SOYADI	
CEP TELEFONU	
E-MAIL ADRESİ	
TC KİMLİK NUMARASI	
DOĞUM TARİHİ	
İHTİSAS YAPTIĞI KURUM	
İHTİSASA BAŞLAMA TARİHİ	
DAHA ÖNCE ASİSTAN OKULUNA KATILDINIZ MI	
DAHA ÖNCE ASİSTAN OKULUNA BAŞVURDUNUZ MU	
DAHA ÖNCE KADAVRA KURSUNA KATILDINIZ MI	
DAHA ÖNCE KADAVRA KURSUNA KATILIM DURUMU	
YETERLİK YAZILI SINAVINA KATILIM DURUMU	
KATILMAK İSTEDİĞİNİZ ALANI BELİRTİNİZ (<i>Endoskopik Sinüs Cerrahisi/ Temporal Kemik/Yüz Plastik Cerrahisi</i>)	

KURUMUNUZDAN İLERİ DİSEKSİYON VE EĞİTİM YARDIMCISI OLARAK KATILMAK İSTEYEN UZMAN VAR İSE;

ADI SOYADI	
ÜNVANI	
CEP TELEFONU	
E- MAİL ADRESİ	

FORMU ONAYLAYAN BÖLÜM BAŞKANI/ EĞİTİM SORUMLUSU

ADI SOYADI	
ÜNVANI	
KURUMU	
CEP TELEFONU	
E- MAİL ADRESİ	
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	
------------	--