|  |  |
| --- | --- |
| logo | **T.C.****HARRAN ÜNİVERSİTESİ****SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ** |

**TEZ İZLEME KOMİTESİ ÖNERİ FORMU**

# Sayı: 41695517-302.09 .../.../20…

**Konu:** Doktora Tez İzleme Komitesi Önerisi

##### SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ’NE

Doktora yeterlik sınavında başarılı olan Anabilim Dalımız doktora öğrencisi ........................................ 'nin tez izleme komitesinde görev alabilecek öğretim üyeleri ile ilgili önerilerimiz aşağıda verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

 **Anabilim Dalı Başkanı**

|  |  |
| --- | --- |
| **Öğrenci Adı Soyadı** |  |
| **Numarası** |  |
| **Anabilim Dalı** |  |
| **Program Adı** |  |
| **Telefon / e-mail** |  |
| **Tez Danışmanı**  |  |

ÖNERİLEN DOKTORA TEZ İZLEME KOMİTESİ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Unvanı-Adı-Soyadı** | **Kurumu** |
| **Tez Danışmanı** |       Dr.            |  |
| **Üye (Anabilim Dalı içinden)** |       Dr.            |  |
| **Üye (Anabilim Dalı dışından)** |       Dr.            |  |