



**T.C.**  
**HARRAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ**

**DOKTORA TEZ ÖNERİSİ DEĞERLENDİRME TUTANAĞI**

Tarih: / /

Öğrencinin Adı Soyadı	
Enstitü Numarası	
Anabilim Dalı	
Program	
Danışmanı	

**TOPLANTI BİLGİLERİ**

Yeri:	Tarih: / /	Saat: :
Önerilen Tezin Adı		

**DEĞERLENDİRME**

Tez İzleme Komitesi dinleyicilere açık olarak toplanmış ve öğrencinin yaptığı sözlü savunma sonucunda yukarıda adı belirtilen tez önerisinin;

Kabulüne

Reddine

Oy Birliği

Oy Çokluğu

ile karar verilmiştir.

**TEZ İZLEME KOMİTESİ**

	Unvanı-Adı-Soyadı	İmzası
Başkan	Dr.	
Üye	Dr.	
Üye	Dr.	

Ek : Tez Önerisi Formu (.... Sayfa)

**Detaylı Bilgi İçin:**

Tel: 0414 318 3000 ( Dâhili 3765 – 3766 ) Faks: 0414 318 3764

Bu form okunaklı, hatasız ve eksiksiz olarak doldurulmalıdır. Bilgilerin doğruluğundan aday sorumludur.

E-Mail: [sagbilens@harran.edu.tr](mailto:sagbilens@harran.edu.tr)

Form Düzenleme Tarihi: 12.05.2017