|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Öğrencinin** | Adı Soyadı | Öğrenci Adı SOYADI | Numarası | Öğrenci Numarası |
| T.C. Kimlik Numarası | Öğrenci T.C. Kimlik Numarası | | |
| Anabilim Dalı | Anabilim Dalı | | |
| Programı | Program Türü | | |
| Danışmanı | Unvan Danışman Adı SOYADI | | |
| Yazışma Adresi | Öğrenci Yazışma Adresi | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Aşağıda belirttiğim araştırmamı NEÜ Tıp Fakültesinin aşağıda belirttiğim Anabilim/Bilim Dalında yapabilmem için izin verilmesi hususunda;  Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim. | |
|  | Tarih Seçiniz  Öğrenci Adı SOYADI  İmza |

|  |  |
| --- | --- |
| Tez Başlığı | Tez Başlığı |

|  |  |
| --- | --- |
| Araştırmanın Yapılacağı Kurum/Anabilim/Bilim Dalı | NEÜ Tıp Fakültesi ………………………….………………………………………..Anabilim Dalı |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Tarih Seçiniz  Unvan Danışman Adı SOYADI  Danışman  İmza |

|  |
| --- |
|  |

Yukarda bilgileri verilen çalışmanın Anabilim/Bilim Dalımızda yapılması uygun görülmüştür.

Tarih Seçiniz

Unvan Anabilim/Bilim Dalı Başkanı Adı SOYADI

İmza