|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 Danışmanİmza |

|  |
| --- |
|  |

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

Tarih Seçiniz

Unvan Anabilim/Bilim Dalı Başkanı Adı SOYADI

İmza