

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
..... Anabilim Dalı / Kliniği

Tıpta Uzmanlık Öğrencileri
ROTASYON MÜRACAAT DİLEKÇESİ

SAYI :

.../.../201...

KONU : Dr.'ın Rotasyon Uygunluğu

.....ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA / KLİNİĞİ EĞİTİM SORUMLUSU'NA

Anabilim Dalımız / Kliniğimiz Tıpta uzmanlık öğrencisi Dr.'ın, Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'nde belirtilen uzmanlık eğitimi süresince yapması gereken zorunlu ay süreli rotasyonunun ile tarihleri arasında Anabilim dalımızda / Kliniğinizde yapması planlanmıştır. Uygunluğu hususunda görüşlerinize arz ederim.

Prof./Doç. Dr.
..... Anabilim Dalı /Kliniği
Başkanı / Eğitim Sorumlusu

SAYI :

.../.../201...

KONU : Dr.'ın Rotasyon Uygunluğu

.....ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA / KLİNİĞİ EĞİTİM SORUMLUSU'NA

Anabilim Dalımız / Kliniğiniz Tıpta uzmanlık öğrencisi Dr.'ın, Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'nde belirtilen uzmanlık eğitimi süresince yapması gereken zorunlu ay süreli rotasyonunun ile tarihleri arasında Anabilim Dalımızda / Kliniğimizde yapması uygun görülmüştür / görülmemiştir.

Prof./Doç. Dr.
..... Anabilim Dalı /Kliniği
Başkanı / Eğitim Sorumlusu

OLUR

.../.../201...

Tıp Fakültesi Dekanı