

	T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ÇOBANBEY TIP FAKÜLTESİ	
Yurtdışı Eğitim Bildirim Formu		

Başvuru Tarihi	
ÖĞRENCİ BİLGİLERİ*	
Öğrenci Kimlik No	
Adı Soyadı	
Sınıfı	
E-posta Adresi	
Telefon No	
Talep Konusu	
Eğitim Sürecini Destekleyici Kurum/Kuruluş Varsa Belirtiniz	
Öğrenci İmza	
BAŞVURU YAPILAN ÜNİVERSİTE / KLİNİK BİLGİLERİ**	
Üniversite / Klinik Adı	
Ülke	
Üniversite QS Sıralaması	
E-posta Adresi	
Telefon No	
BAŞVURU YAPILAN EĞİTİM / EĞİTİCİ BİLGİLERİ***	
Ders / Program Adı	
Tarih Aralığı (Gün/Ay/Yıl)	
Haftalık Ders Saati	
Ders AKTS	
Uygulamalı Ders İçeriği	
100'lük Sitemde Not	
E-posta Adresi	
Telefon No	
Eğitici/Koordinatör Ad-Soyad / Ünvan-İmza	
Diğer (Varsa Belirtiniz)	
DEĞERLENDİRME****	
Sonuç	
Açıklama	

*Bu bölüm öğrenci tarafından doldurulacaktır.

**Bu bölüm başvuru yapılan üniversite / klinik tarafından doldurulacaktır.

***Bu bölüm başvuru yapılan üniversitedeki eğitici / koordinatör tarafından doldurulacaktır.

****Bu bölüm Sağlık Bilimleri Üniversitesi tarafından doldurulacaktır.

ONAY