

**9. İNFEKSİYON HASTALIKLARI VE
KLİNİK MİKROBİYOLOJİ
YETERLİK SINAVI**

Başvuru Formu

Klinik Derneği
Üye No:

Adı ve Soyadı:

T.C. Kimlik No:

Doğum Tarihi ve Yeri:

Mezun Olduğu Tıp Fakültesi:

Mezuniyet Yılı:

Uzmanlık Eğitimi Aldığı Kurum:

Uzman Olduğu Yıl:

Halen Görev Yaptığı Kurum:

Görevi / Unvanı:

- Öğretim Görevlisi Yardımcı Doçent Doçent
 Profesör Uzman Başasistan
 Klinik Şef Yrd. Klinik Şefi Son Yıl Asistanı

Yazışma Adresi:

E-posta: @

Tel: GSM:

Faks:

Girmek İstediği Sınav:

- Teorik Sınav Uygulama Sınavı

Sınava Girmek İstediği İl:

- İstanbul Ankara

İMZA

EK: 1- Uzmanlık Belgesi Sureti (Asistanlar için son yıl asistanı olduklarını gösteren belge)

2- 25 TL Sınav Harcı ödendiğine ilişkin banka dekontu

