ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR UNIVERSITY	Klinik Uygulamalar Bilgi Formu	Form no: MESEK 2/A

Uzmanlık Öğrencisine İlişkin Bilgiler			
Adı Soyadı			
T.C. Kimlik Numarası		Kurum Sicil Numarası	
Anabilim Dalı		Bilim Dalı	
Danışmanının Adı Soyadı			
Rotasyon Bilgileri (Uygulamalar Rotasyon Sırasında Yapıldı İse)			
Rotasyonun Yapıldığı Kurum		Rotasyonun Yapıldığı Anabilim Dalı/ Bilim	
Rotasyon Başlangıç Tarihi		Rotasyon Bitiş Tarihi	

Uzmanlık Öğrencisinin Uzmanlık Eğitimi Döneminde Katıldığı Klinik Uygulama Çalışmaları / İşlemleri

Tarih	Uygulamanın Tanımı	Hasta Protokolü	Sorumlu Öğretim Üyesi/Uzman

Yukarıda vermiş olduğum tüm bilgilerin doğruluğunu ve gerekli olduğu durumlarda belgeleyebileceğimi beyan ederim.	Tarih	
	İmza	

Eğitim Sorumlusu		Program Yöneticisi	
İmza/Kaşe		İmza/Kaşe	

Bu form elektronik ortamda doldurulup, çıktısı alındıktan sonra ıslak imzalı olarak ve aslı kişisel dosyada saklanmak üzere Tıp Eğitimi Koordinasyon Ofisi-Atakent'e iletilecektir.