

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DOKTORA**

**TEZ ÖNERİSİ SAVUNMA SINAVI BİLGİLERİ**

**I. ÖĞRENCİ BİLGİLERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı Soyadı** |  |
| **Numarası** |  |
| **Programı** |  |

**II. SINAV BİLGİLERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sınav Tarihi** |  |
| **Sınav Saati** |  |
| **Sınav Yeri** |  |

**III. TEZ ÖNERİSİ SAVUNMA SINAVI (TEZ İZLEME KOMİTESİ) JÜRİSİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Üyeler** | **Unvanı, Adı, Soyadı** | **Kurumu / Bölümü** |
| Danışman |  |  |
| Üye (Başkent Üniversitesi) |  |  |
| Üye (B.Ü. Dışından) |  |  |

Adayın doktora tez önerisi savunma sınavının aşağıda belirtilen tarihlerde yapılabilmesi için gereği bilgilerinize arz ederim.

**Ek 1: Tez Önerisi Formu (Form 20)**