**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**M.S. BALTALİMANI KEMİK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

**EĞİTİM PLANLAMA KURULU**

**BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR İÇİN ARAŞTIRICI ÖZGEÇMİŞ FORMU**

**(Sadece sorumlu araştırmacı tarafından doldurulması yeterlidir.)**

|  |  |
| --- | --- |
| **KİŞİSEL BİLGİLER:** | |
| **Adı soyadı:** |  |
| **Doğum tarihi ve yeri:** |  |
| **Yabancı dil bilgisi:** |  |
| **Kurumda Başlayış Tarihi:** |  |
| **İletişim bilgileri** *(e-posta adres/telefon):* |  |
|  | |
| **EĞİTİM BİLGİLERİ:** | |
| **Mezun olduğu üniversite / fakülteyi lütfen belirtiniz** |  |
| **Mezuniyet tarihini lütfen belirtiniz (yıl olarak):** |  |
| **Varsa, akademik ünvanları lütfen belirtiniz:** |  |
|  |  |
| **İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER:** | |
|  | |
|  | |

**Sorumlu Araştırmacı**

**İmza**

**(../../....)**