**T.C.**

**TOROS ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU**

**EĞİTİM TALEP FORMU**

**Talep Eden Personelin;**

**ADI:**

**SOYADI:**

**BİRİMİ:**

**GÖREVİ:**

**Konuşmacı (lar)/Eğitimci (ler);**

**ADI:**

**SOYADI:**

**ÜNVANI:**

**BİRİMİ:**

**GÖREVİ:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EĞİTİMİN ADI** | **KISACA GEREKLİLİK NEDENİ** | **TARİH** | **SAAT** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**AD / SOYAD:**

**İMZA:**

**(Program sorumlusu/Bölüm Başkanı)**

**AD / SOYAD:**

**İMZA:**

**(Müdür/Müdür Yardımcısı)**