**DOKTORA TEZ CD KAPAĞI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **T.C.****BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ****SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ** |  |
|  |
| Tezin Başlığı:  |
|  |
| Öğrencinin Numarası:Adı Soyadı: |
|  |
| Anabilim Dalı:Programı: |
| **DOKTORA TEZİ** |
| Tez Savunma Tarihi |  |
| Tez Danışmanı |  |
|  | Jüri Üyesi |  |
| Jüri Üyesi |  |
|  Referans Numarası |
|  |
|  |

**Bu formun elektronik ortamda doldurularak Enstitüye teslim edilmesi gerekmektedir**