**6. GENÇ PEDİATRİK ALERJİSTLER SEMPOZYUMU**

**YAN DAL ASİSTAN HEKİMLERİ İÇİN BURS BAŞVURU FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| **TC Kimlik No:** |  |
| **Ad-Soyad:** |  |
| **Doğum Tarihi:** |  |
| **Çalıştığı Kurum:** |  |
| **Yan dal asistan hekimlik yılı:** | **1. yıl / 2. yıl / 3. yıl** |
| **Yan dal asistan hekimlik başlangıç tarihi:** |  |
| **Telefon No:** |  |
| **E-posta:** |  |
| **Tarih:** |  |