



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ  
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA  
TEZ DANIŞMANI DEĞİŞİKLİK BİLDİRİM FORMU

Doküman Kodu: Eİ.FR.109

Yayın Tarihi: 01 / 05 / 2024

Revizyon Numarası:0

Revizyon Tarihi:-

Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Uzmanlık Öğrencisi Ad-Soyad  |  |
| Anabilim Dalı                |  |
| Tez Başlığı                  |  |
| Tez Konusu Belirlenme Tarihi |  |

[ ] Yukarıda adı geçen tez çalışması ile ilgili hak ve sorumluluklarımdan vazgeçiyorum.

.../.../...  
Eski Tez Danışmanı  
Ünvanı Adı Soyadı ve İmzası

[ ] Yukarıda adı geçen tez çalışmasının tarafımdan yürütülmesini talep ediyorum.

.../.../...  
Yeni Tez Danışmanı  
Ünvanı Adı Soyadı ve İmzası

Gerekçesi:

.../.../...  
Eğitim Sorumlusu  
Ünvanı Adı Soyadı ve İmzası