|  |  |
| --- | --- |
| Lokman Hekim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsüne bağlı olarak aşağıda belirtilen programın açılmasına ilişkin paydaş görüşü alma talebi tarafıma/tarafımıza ulaşmıştır. Talebiniz kapsamında ilgili görüşüm/görüşümüz aşağıda belirtilmiştir. | |
| **Bağlı Bulunduğu Ana Bilim Dalı:** | |
| **Açılması Planlanan Programın Adı:** | |
| **Yüksek Lisans** | |
| **Doktora** | |
| **PROGRAMA YÖNELİK GÖRÜŞ VE DEĞERLENDİRME**  *(Bu bölümün doldurulması zorunludur.)* | |
| **Görüş:** |  |

**Tarih: …./…./20…**

**Görüş Beyan Eden:**

Adı Soyadı:

Kurum:

Unvan/Görev:

İmza:

**REVİZYON BİLGİLERİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Revizyon  No | Revizyon  Tarihi | Revizyon Açıklaması |
| 0 | - | İlk yayın. |