



T.C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
AĞIZ DIŞ SAĞLIĞI UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
TOPLANTI DUYURU FORMU

Kod: HD.FR.03 Yayın Tarihi:15.12.2020 Revizyon No: Revizyon Tarih: S.N:1/1

Toplantı Adı/Konusu :			
Toplantı Yöneticisi :			
Toplantı Tarihi :	Toplantı Saati :	Toplantı Yeri :	Toplantı Süresi :

TOPLANTI GÜNDEMİ:	
1-	

Toplantı Yöneticisinin
Adı Soyadı :
İmza :

<u>TOPLANTIYA KATILACAK PERSONEL LİSTESİ</u>			
ADI SOYADI	GÖREVİ	TARİH	İMZA

Not: Form doldurulduktan sonra toplantıya katılacak kişilere toplantı tarihinden en az 3 gün önce imzalatılıp katılımcılara duyurusu yapılacaktır.