



T.C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

KOMİTE-KOMİSYON TOPLANTI DUYURU FORMU

Kod:KY.FR.06

Yayın Tarihi:15.12.2020

Revizyon No:00

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 :

TOPLANTIYA KATILACAK PERSONEL LİSTESİ

ADI SOYADI	GÖREVİ	TARİH	İMZA

İmza :

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

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Birim Personeli	Kalite Koordinatörü	Başhekim