



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

BİYOMEDİKAL EĞİTİM KAYIT FORMU

Tarih ve Saat:			
Eğitim Süresi:			
Eğitim Yeri:			
Eğitimi Veren:			
Eğitim Konusu:			
Bölüm:			
NO	İSİM SOYİSİM	GÖREVİ	İMZA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
BİYOMEDİKAL YETKİLİSİ		EĞİTİM VEREN	
İSİM SOYİSİM			
İMZA			