 

T.C.

UŞAK ÜNİVERSİTESİ

SÜREKLİ EĞİTİM ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ

**KURSİYER ÖN BAŞVURU FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı Soyadı** |  |
| **T.C. Kimlik No** |  |
| **Katılmak İstediği Kurs/Eğitim/Program** | UZAKTAN EĞİTİM HASTANE ÖNCESİ ACİL BAKIMDA EKG VE ARİTMİ YÖNETİMİ EĞİTİMİ |
| **E-posta Adresi** | @ |
| **Telefon No** |  |
| Yukarıda belirttiğim bilgiler doğrultusunda ilgili kurs programına ön başvurumun yapılması hususunu arz ederim.    **E-Posta: usem@usak.edu.tr**    **Not:** Yukarıdaki tüm bilgiler eksiksiz doldurulmalıdır. | |