……/……/……….

EĞİTİM HİZMETLERİ KOORDİNATÖRLÜĞÜ’NE

………………………….. Anabilim Dalı uzmanlık öğrencilerinden Dr. ………………… ….. aylık …………………… zorunlu/gönüllü rotasyonunu …………………….. - ………………… tarihleri arasında alması uygundur. Bu konuda gereğinin yapılmasını arz ederim.

AB Dalı Başkanı

İmza