

	T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ Toplantı İmza Formu	Doküman No	FRM-KLTK-0001
		İlk Yayın Tarihi	16/07/2024
		Revizyon Tarihi	
		Revizyon No	
		Sayfa No	1/1

Birim Adı..... Komisyonu/..... Toplantısı

Tarih:	Saat:	Yer:	Toplantı Sayısı:
Toplantının Konusu:		Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü 20...-20... Eğitim Öğretim Yılı Programı	

Toplantıya Katılanlar			
	Unvan/Ad/Soyad	Birim	İmza
1-			
2-			
3-			
4-			
5-			
6-			
7-			
8-			
9-			
10-			
11-			
12-			
13-			
14-			
15-			
16-			
17-			
18-			
19-			
20-			
21-			
22-			
23-			
24-			
25-			

Hazırlayan İlgili Süreç Sahibi	Kontrol Eden Birim Yöneticisi	Onaylayan Kalite Koordinatörlüğü
-----------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------