



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ARAŞTIRMA VE GELİŞTİRME MERKEZ BAŞKANLIĞI
MİTOKONDRI VE HÜCRESEL ARAŞTIRMA BİRİMİ

I. GÜLHANE MİTOKONDRI TRANSPLANTASYONU UYGULAMALI KURSU
12-13 KASIM 2026

Ön Kayıt Formu

Adı ve Soyadı:	T.C. Kimlik No:
Mezun Olduğu Kurum ve Bölüm:	Çalıştığı Kurum: (Tam adını yazınız) SBÜ () : Diğer () :
Adresi:	Ünvanı: Öğretim Üyesi () Uzman-Araştırma Görevlisi () Lisansüstü Öğrenci () Diğer ()
Cep Telefonu:	E-Posta:
İş Telefonu:	Tarih:

12-13 Kasım 2026 tarihlerinde yapılması planlanan “I. Gülhane Mitokondri Transplantasyonu Uygulamalı Kursu”na katılmak istiyorum.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

...../...../.....
Adı ve Soyadı
İmza

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
Emrah Mahallesi, General Dr. Tevfik Sağlam Cad. No:06018, Etlik/Keçiören/ANKARA
Genel Ağ: <http://www.sbu.edu.tr>
Eposta: oner.ulger@sbu.edu.tr
Telefon: 0312 304 6088