**YARA OSTOMİ İNKONTİNANS HEMŞİRELERİ DERNEĞİ (YOİHD)**

**BİLİMSEL PROGRAM (KURS, SEMİNER, SEMPOZYUM VB)**

**İŞ BİRLİĞİ TALEP FORMU**

**Programı Düzenleyen Kurum Bilgileri:**

**Programın Adı ve Amacı:**

**Programın Hedef Kitlesi:**

**Beklenen Katılımcı Sayısı:**

**Program İçeriğindeki Konu Başlıkları (Belirtiniz):**

**Eğitmen/Konuşmacı Bilgileri:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Adı-Soyadı** | **Kurumu** | **Görevi ve Ünvanı**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |   |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Sponsor Bilgileri:**

[ ]  Yok

**[ ]** Var

**Talebi Yapan Kişi Bilgileri:**

**Talep Tarihi:**

**Yorumlar ve Karar:**

*(Bu bölüm Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği Yönetim Kurulu üyeleri tarafından doldurulacaktır).*

[ ]  Olumlu

[ ]  Olumsuz (Nedenini açıklayınız)

[ ]  Yönetim Kurulu Üyesinin Adı Soyadı