



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
DEVLET KONSERVATUVARI MÜDÜRLÜĞÜ

Masterclass Workshop Öneri Formu

Doküman No	FRM-DVKM-0008
İlk Yayın Tarihi	16.07.2024
Revizyon Tarihi	---
Revizyon No	---
Sayfa No	1/1

MASTERCLASS / WORKSHOP BİLGİLERİ

Başlık	
Amaç	
Uygulanacağı Yer (Yüz yüze, çevrimiçi)	
Hedeflenen Katılımcılar Bilgisi	
Süresi	
Başlama-Bitiş Tarihi	
MASTERCLASS / WORKSHOP YÜRÜTÜCÜSÜ BİLGİLERİ	
Adı Soyadı	
Bağlı Olduğu Kurum –Birim	
Telefon Numarası	
E-posta	
Uzmanlık Alanı	
Önerilen etkinlik ile ilgili deneyimleri	
Görev alacak diğer kişilerin ad-soyadı, e-mail ve telefon numaraları.	
(var ise) İŞBİRLİĞİ YAPILAN KiŞİ/KURUM BİLGİLERİ	
Adı Soyadı / Kurum Adı	
İş-birliği yapan kişinin telefon numarası ve e-posta adresi:	
Rolü-katkısı	

İlgili Dokümanlar:

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