AKREDİTASYON BAŞVURU FORMU

**Diş Hekimliği Fakülteleri Eğitim Programlarını Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (DEPAD) Yönetim Kurulu Başkanlığı’na**

**Üniversite İsmi** Üniversitesi **Fakülte İsmi** Diş Hekimliği Fakültesi adına güncel Diş Hekimliği Eğitimi Programları standartları çerçevesinde akredite olmak üzere başvuruda bulunmak ve başvurunun kabulü halinde DEPAD tarafından akreditasyon başvurumla ilgili her türden bilgilendirme, görevlendirme ve mali talepleri karşılamayı kurumum adına kabul ediyorum.

**Tarih:**

**Dekan:**

**Üniversitenin Adı Fakültenin Adı Fakültenin Kuruluş Tarihi İlk Mezun Verilen Tarih**

**Eğitimin tamamını kendi yerleşkesinde vermeye başladığı tarih Posta Adresi**

**Telefon Faks**

**E-Posta Adresi**

BAŞVURUYU GÖNDER