

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 başvuruyla 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