



## JELENTKEZÉSI LAP

### Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar

|  |  |                           |  |
|--|--|---------------------------|--|
| <b>A SZAKIRÁNYÚ TOVÁBBKÉPZÉS NEVE:</b>               |  |                           |  |
| A jelentkező neve:                                   |  |                           |  |
| Születési neve:                                      |  |                           |  |
| Anyja neve:  |  |                           |  |
| Születési hely:                                      |  | Születési év, hónap, nap: |  |
| Állandó lakcím                                       |  |                           |  |
| Irányítószám:  |  | Város:                    |  |
| Utca/házzám:   |  | Emelet/lakás:             |  |
| Telefon:   |  | E-mail cím:               |  |
| Értesítési cím (ha nem azonos az állandó lakcímmel): |  |                           |  |
| Irányítószám:  |  | Város:                    |  |
| Utca/házzám:   |  | Emelet/lakás:             |  |
| A jelentkezéshez beadott melléletek:                 |  |                           |  |
| 1.   |  |                           |  |
| 2.   |  |                           |  |
| 3.   |  |                           |  |

Beiratkozáskor kérjük az oklevél/diploma eredeti okmányának bemutatását.

|        |  |
|--------|--|
| Dátum: |  |
|--------|--|

|                        |  |
|------------------------|--|
| A jelentkező aláírása: |  |
|------------------------|--|

**A jelentkezési lapot a melléletekkel az alábbi címre kérjük visszaküldeni:**  
**Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Tanulmányi Osztály**  
**4400 Nyíregyháza, Sóstói u. 2-4. sz.**  
**Beérkezési határidő: 2017. szeptember 8.**