

TOPLUMA HİZMET UYGULAMALARI PROJE/ETKİNLİK TEKLİF FORMU

Projenin Önerildiği Tarih:		
Proje Adı:		
Proje Danışmanı:		
Proje Koordinatörü:		
Proje Ekibi:		
ÖĞRETMEN ADAYI (1)		
Adı Soyadı:	Bölümü:	Öğrenci Numarası:
E-posta adresi:	Telefon:	İmza:
ÖĞRETMEN ADAYI (2)		
Adı Soyadı:	Bölümü:	Öğrenci Numarası:
E-posta adresi:	Telefon:	İmza:
ÖĞRETMEN ADAYI (3)		
Adı Soyadı:	Bölümü:	Öğrenci Numarası:
E-posta adresi:	Telefon:	İmza:
Hedef Kurum/Kuruluş/Kitle:		
Proje Amacı:		
Proje Konusu:		
Süresi:		
Başlangıç Tarihi:	Bitiş Tarihi:	

Proje/Etkinlięe Katkı Saęlayacak Kurum ve Kuruluřlar:
Kullanılacak Materyal, Araç ve Gereçler:
Proje Danışmanı Onayı: Sibel ARSLAN