*დანართი 1.*

**თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის**

**რექტორს, პროფესორ ირაკლი ნატროშვილს**

……………………………დოქტორანტობის კანდიდატის

-----------------------------------------------------------------------------------

(სახელი, გვარი)

**განცხადება**

გთხოვთ, ნება დამრთოთ მონაწილეობა მივიღო დოქტორანტურაში გამოცხადებულ კონკურსში სადოქტორო კვლევის პროგრამაზე „\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_“

(ინდივიდუალური სადოქტორო კვლევის პროგრამის დასახელება)

პატივისცემით, --------------------------------------------

----------- -------------------------------- 2024 წელი

ტელეფონი ----------------------------------------

*დანართი 2.*

**თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი**

**განცხადება (სააპლიკაციო ფორმა)**

**გთხოვთ, დამიშვათ დოქტორანტურაში მისაღებ კონკურსზე**

**კვლევითი პროგრამის შესასრულებლად**

(ინდივიდუალური სადოქტორო კვლევის პროგრამის დასახელება)

გვარი: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

სახელი: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

მისამართი: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ტელეფონი: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

პირადი № (11-ნიშნიანი) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| უმაღლესი სასწავლებელი | ფაკულტეტი | ჩარიცხვის წელი | დამთავრების წელი | დიპლომის N# | მინიჭებული კვალიფიკაცია |
|  |  |  |  |  |  |

სხვა ინფორმაცია \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ხელმოწერა \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

თარიღი: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_