

ÖZGEÇMİŞ FORMU

A. KİŞİSEL BİLGİLER

A.1.	Adı soyadı: Ahmet Ceylan
A.2.	Doğum tarihi ve yeri: 05.05.1980
A.3.	Yabancı dil bilgisi: İngilizce
A.4.	Görev yeri: İstanbul Üniversitesi/Kbb-Odyoloji Bölümü
A.5.	E-posta adresi: ahmetceylan@gmail.com
A.6.	Telefon: 05052303999

B. EĞİTİM BİLGİLERİ

B.1.	Mezun olduğu üniversiteyi / fakülteyi lütfen belirtiniz: Anadolu Ün. İşitme Engelliler Öğretmenliği
	Mezuniyet tarihi : 2009
B.2.	Mezun olduğu yüksek lisans Programı: Gazi Ün. Odyoloji, Dil ve Konuşma Bozuklukları Programı
	Mezuniyet tarihi : 2012
B.3.	Mezun olduğu Doktora Programı: İstanbul Cerrahpaşa Ün.Odyoloji, Dil ve Konuşma Bozuklukları
	Mezuniyet tarihi : 2020

C. İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

C.1.	Bugüne kadar çalıştığı kurum / kuruluşları lütfen belirtiniz: Osmangazi Üniversitesi, İstanbul Üniversitesi.
------	--

D. KLİNİK ARAŞTIRMALARLA İLGİLİ GENEL BİLGİLER

Bu bölümde verilen bilgiler, tarih sıralamasına göre, en eski tarihten yeni tarihteye doğru sıralanmalıdır.

D.1.	İyi Klinik Uygulamaları (İKU) ve klinik araştırma konularında eğitim alınmışsa lütfen tarihi ve alınan kurum / kuruluşun adı ile belirtiniz:
D.2.	Varsa, araştırmacı olarak katılım sağlanan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz: Ceylan ,A.(2020).Tele-Tıp/Sağlık Uygulamalarında Odyoloji Audiology in Tele-Medicine/Health Applications. Türkiye Klinikleri; p.40-7. Ceylan, D. Ş., Ertürk, P., Kara, H. Ç., Kara, E., Ceylan, A., & Yener, H. M. (2015). THE RELATIONSHIP BETWEEN DIX--HALLPIKE OR ROLL TEST AND HEAD IMPULSE TEST. Journal of International Advanced Otolaryngology, 11. Ceylan, D. Ş., Kara, H. Ç., Ahmet, S., Ceylan, A., Kara, E., Gözen, E. D., ... & Atas, A. (2015). BEFORE AND AFTER THE REHABILITATION OF PATIENT WITH SUPERIOR SEMICIRULAR CANAL DEHISCENCE, COMPARE WITH VIDEO HEAD IMPULS TEST; CASE REPORT:. Journal of International Advanced Otolaryngology, 11

ÖZGEÇMİŞ FORMU

D.3. Varsa, izleyici (monitör) olarak katılım sağlanan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz:

D.4. Varsa, saha görevlisi olarak katılım sağlanan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz:

D.5. Varsa, araştırma eczacısı olarak katılım sağlanan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz:

E. ÖZGEÇMİŞ SAHİBİNİN İMZASI

E.2.	Özgeçmiş Sahibi
E.2.1.	El yazısıyla adı soyadı:
E.2.2.	Tarih (gün/ay/yıl olarak):
E.2.3.	İmza: