SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU

ÜÇ DERS SINAVI BAŞVURU DİLEKÇESİ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ADI SOYADI** | : |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **ÖĞRENCİ NO** | : |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **BÖLÜM/PROGRAM** | : |  |

ÖĞRENCİ BAŞARISIZ DERS LİSTESİ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DERSİN KODU** | **DERSİN ADI** | **ÖĞRETİM ELEMANI** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

NOT: BU FORM DOLDURULDUKTAN SONRA İMZALI OLARAK shmyo@kmu.edu.tr E-POSTA ADRESİNE GÖNDERİLECEKTİR.

İletişim : 0338 226 2192

\*Yukarıda belirtmiş olduğum dersin üç ders sınavına katılmak istiyorum.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

**İmza :**

**Tarih :**

|  |
| --- |
| **GELEN EVRAK KAYIT****(Bu kısım evrak kayıt bürosu tarafından doldurulacaktır.)** |
| **KayıtTarihi :****KayıtNo :****Dosya No :****Sonuç :** |