



T.C.

KİLİS 7 ARALIK ÜNİVERSİTESİ

YUSUF ŞEREFOĞLU SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

Tarih: / / 20.....

YUSUF ŞEREFOĞLU SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Aşağıda belirttiğim talebimin değerlendirilmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

İmza :

Adı-Soyadı :
Bölümü/Programı :
Öğrenci Numarası :
T.C. Kimlik/YU Numarası :
Telefon :
e-posta :
Adres :

(Lütfen talebinizi aşağıdaki alana kısa, net ve eksiksiz olarak yazınız)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Önemli Not: Eksik bilgi içeren dilekçelere işlem yapılmaz)