



T.C.
KİLİS 7 ARALIK ÜNİVERSİTESİ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına

Üniversiteniz Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi
.....Bölümü (.....Öğretim)nolu öğrencisiyim.
Kaydımın silinerek lise diplomamın tarafıma verilmesi hususunda;

Gereğini arz ederim.

...../...../20

TEL:

ADRES :

-

Adı ve Soyadı

İmza