



Yüksek İhtisas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına,

Adı Soyadı	
TC Kimlik No	
Öğrenci No	
Bölümü	
Sınıfı	
E-posta	
Telefonu	

20.../20... eğitim öğretim yılı yaz öğretiminde aşağıdaki listede belirttiğim ders/dersleri Sağlık Bilimleri Fakültesi' nde yapılacak olan yaz öğretiminde almak istiyorum.

Gereğini arz ederim.

.../.../20

İmza

Dersin Kodu	AKTS	Ders adı