|  |
| --- |
|  **T.C.****SELÇUK ÜNİVERSİTESİ****SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ** |

|  |
| --- |
| **ÖĞRENCİ BİLGİLERİ**  |
| **Adı ve Soyadı** | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |
| **T.C Kimlik No** | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |
| **Doğum yeri / tarihi** |  / Tarih girmek için tıklayın veya dokunun. |
| **Numarası**  | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |
| **Anabilim Dalı** | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |
| **Programı**  | [ ]  Yüksek Lisans [ ]  Doktora [ ]  Tezsiz Yüksek Lisans |
| **Durumu** | [ ]  Ders dönemi [ ]  Yeterlik [ ]  Tez Dönemi |
| **Döneminiz Y.L.** | 1. [ ]  2. [ ]  3. [ ]  4. [ ]  5. [ ]  6. [ ]  |
| **Döneminiz D.R** | 1. [ ]  2. [ ]  3. [ ]  4. [ ]  5. [ ]  6. [ ]  7. [ ]  8. [ ]  9. [ ]  10. [ ]  11. [ ]  12. [ ]  |
| **Telefon**  | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |
| **Danışmanı** | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |
| **İkametgah adresi** | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |

|  |
| --- |
| **ÖĞRENCİ** |
|  Askerlik Görevimi yapmak istediğimden dolayı askerlik sevk tehirimin iptal edilmesini istiyorum. Gereğinin yapılmasını arz ederim. Tarih girmek için dokunun Öğrenci Adı Soyadı İMZA |

|  |
| --- |
| **DANIŞMAN**  |
|  Yukarıda kimlik bilgileri bulunan ve danışmalığını yürüttüğüm öğrenci, adı-soyadı ‘ın askerlik görevini yapacağından bilgim dâhilindendir. Tarih girmek için dokunun Danışman Adı Soyadı İMZA |

|  |
| --- |
| **AÇIKLAMA** |
| 1. Bu form Bilgisayarda doldurulmalı ve mavi mürekkepli kalemle imzalanmalıdır.
 |
| Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müd.Konya / TÜRKİYE | E – Posta : sagbil@selcuk.edu.tr | Telefon : +90 332 2232453 Fax : +90 332 2410551 |