

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
AKŞEHİR KADİR YALLAGÖZ SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulunuz Bölümü numaralı
..... sınıf öğrencisiyim. Ekte sunduğum ilgili belgeye göre aşağıda belirttiğim derslerden
muaf olmak istiyorum.

Gereğini arz ederim. / / 20

EKİ :

Adres : Adı Soyadı :

T.C Kimlik No :

..... İmza :

Tel :

MUAFİYET HAKKI TALEP ETTİĞİM DERSLER

S.N	Ders Kodu	Dersin Adı
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		