**SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ**

**SUŞEHRİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU**

**MÜDÜRLÜĞÜNE**

Fakülteniz.............................................Bölümü...........................numaralı...............sınıf öğrencisiyim. 20....- 20......yaz döneminde aşağıda isimleri yazılı derslerimi …………………………………….. Üniversitesi …………………....................................Fakültesinde almak istiyorum.

Gerekli iznin verilmesi konusunda bilgilerinize arz ederim.

Adı – Soyadı-( İmza)

Adres :

Mail adresi:

C.Ü. Suşehri Sağlık Yüksekokulu

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dersin kodu | Dersin Adı | T.U. | Kredisi | AKTS |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Gidilecek Üniversite/Fakülte :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dersin kodu | Dersin Adı | T.U. | Kredisi | AKTS |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

DANIŞMAN DERS SORUMLUSU MÜDÜR