

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SUŞEHİRİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU
MÜDÜRLÜĞÜNE

Fakülteniz.....Bölümü.....numaralı.....sınıf öğrencisiyim.
20....- 20.....yaz döneminde aşağıda isimleri yazılı derslerimi
ÜniversitesiFakültesinde 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