SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

 Eğitim Öğretim yılı yarıyılında

nedeniyle, kaydımı dondurmak istiyorum.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

İMZA

ÖĞRENCİ NO : ADI SOYADI : BÖLÜMÜ :

GSM :

E-posta :

Adres :