

...../...../.....

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulunuzun Numaralı
Program öğrencisiyim. Aşağıda yazılı derslerden muaf olmak istiyorum.

Gereğini arz ederim.

İmza
Adı Soyadı

EKLER:

	GELDİĞİ ÜNİVERSİTEDEKİ DERSİN ADI	SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULUNDAKİ DERSİN ADI
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		