

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

**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:**

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