

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

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Enstitünüzün Anabilim Dalı Tezli / Tezsiz Yüksek Lisans /
Doktora Programı öğrencisiyim. 20..... / 20..... Eğitim-Öğretim Yılı Güz / Bahar Döneminde
..... nedeni ile Anabilim Dalı Tezli / Tezsiz Yüksek
Lisans / Doktora Programında bulunan kaydımın dondurulması hususunda gereğini arz ederim.

Öğrenci Adı-Soyadı

imza

UYGUNDUR

Anabilim Dalı Başkanı Adı, Soyadı

İmza

NOT: Kayıt dondurma işlemi bir yarıyıl olarak yapılmaktadır. Bir öğrenci en fazla 2 yarıyıl kayıt dondurma hakkına sahiptir.