

... / ... / ...

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 silinmesi hususunda gereğini arz ederim.

Öğrenci Adı-Soyadı

imza

UYGUNDUR

Anabilim Dalı Başkanı Adı, Soyadı

İmza

Ek: İlişik Kesme Belgesi (1 Sayfa)