

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Meslek YüksekokulumuzunNumaralı Programı öğrencisiyim.
Aşağıda yazılı derslerden muaf olmak istiyorum.

Gereğini arz ederim.

İmza

Adı Soyadı:

	Geldiği Üniversitedeki Dersin Adı	Meslek Yüksekokulundaki Dersin Adı	Değerlendirme	Paraf
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				