BEYANNAME:

……………………………………………………………………………………………………………PROGRAMI/BÖLÜMÜ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ADI SOYADI | BABA ADI | DOĞUM YERİ VE TARİHİ | UYRUĞU | TC KİMLİK NO | MEZUNİYET TARİHİ | DİPLOMA NO | İKAMETGÂH ADRESİ |
|   |  |  |  |  |  |  |  |
| **Yukarıda yazılı bilgiler nüfus kaydına göre tarafımdan doldurulmuş olup, diplomamın tescil işlemi için İl Sağlık Müdürlüğü’ne gönderilmesini arz ederim.** MEZUN OLDUĞU OKUL: KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ İMZA SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU |

BEYANNAME:

……………………………………………………………………………………………………………PROGRAMI/BÖLÜMÜ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ADI SOYADI | BABA ADI | DOĞUM YERİ VE TARİHİ | UYRUĞU | TC KİMLİK NO | MEZUNİYET TARİHİ | DİPLOMA NO | İKAMETGÂH ADRESİ |
|   |  |  |  |  |  |  |  |
| **Yukarıda yazılı bilgiler nüfus kaydına göre tarafımdan doldurulmuş olup, diplomamın tescil işlemi için İl Sağlık Müdürlüğü’ne gönderilmesini arz ederim.** MEZUN OLDUĞU OKUL: KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ İMZA SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU |