**T.C.**

**KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE**

Aşağıda belirtmiş olduğum taleplerimle ilgili olarak gerekli işlemin yapılmasını arz ederim.

**……/…../…..**

**İmza**

|  |  |
| --- | --- |
| **T.C. Kimlik / Y.U. Numarası** |  |
| **Adı ve Soyadı** |  |
| **Okul Numarası** |  |
| **Bölüm** |  |
| **Telefon** |  |
| **Adres** |  |

|  |
| --- |
| **TALEPLER** |
| **EK:**  **DİKKAT:**  Bilgilerde eksiklik ya da hata bulunan dilekçeler ile imzasız dilekçeler işleme konulmayacaktır. |