



GAZİANTEP İSLAM BİLİM VE TEKNOLOJİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğüne

İLİŞİK KESME DİLEKÇESİ

ADI SOYADI:	ÖĞRENCİ NO:
BÖLÜMÜ:	T.C. NU:
E POSTA:	CEP TEL:

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Programından.....
.....sebebi ile kaydımın silinmesini talep ediyorum.
Gereğini arz ederim.

Adres:

Tarih:

İmza