

**T.C.**

**KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ** 

**TAVŞANLI SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE**

20../20… Eğitim Öğretim Yılı ……. Dönemi …………………………………….. programında yer alan ve …/…/…. tarihinde yapılacak olan derslerin **telafi derslerinin ……………………..** nedeniyle aşağıda belirtilen tarih ve saatlerde tarafımca yapılması hususunda;

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

 **……./…..../20….**

 **Adı-Soyadı**

 **İmza**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dersin Kodu**  | **Dersin Adı** | **Sınıf** | **Derslik** | **Programdaki Tarih ve Saati** | **Telafi Tarih ve Saati** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |