 **T.C.**

**KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ** 

**TAVŞANLI SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ**

**………………………………………………………….BÖLÜM BAŞKANLIĞINA**

Meslek Yüksekokulunuz …………………………….……………………….. Programı ................................... numaralı öğrencisiyim. Aşağıda belirttiğim ve ekte sunduğum belge uyarınca öğrenim süremi 20… / 20… Eğitim-Öğretim yılı ........................... yarıyılından itibaren .................................. yarıyıl dondurmak istiyorum.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

 ……/……/20.…

 Adı Soyadı

 İmza

**T.C No :………………………………………….......**

**Adres :**...................................................................

 ...................................................................

**Tel No :**...................................................................

**E-posta :**....................................................................

**MAZERET NEDENİ:**

**EKLER:**