



KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ KAYIT SİLME FORMU

KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

SİMAV SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Adı ve Soyadı :.....

Öğrenci No :.....

MYO :.....

Programı :.....

Kayıt Silme Nedeni :.....

Cep Telefonu :.....

RESMİ VEKİL ARACILIĞIYLA KAYIT SİLİNMESİ DURUMUNDA

Vekilin;

Adı-Soyadı:.....

TC Kimlik No:.....

GSM:.....

Yukarıda belirtilen nedenden dolayı Üniversitenizdeki kaydımın silinmesini talep ediyorum.

Bilgilerinizi arz ederim.

İMZA

...../...../.....

Yukarıda kimliği yazılı öğrencinin birimimizle ilişkisi yoktur.

BİRİMİ	YETKİLİ	TARİH	İMZA
KÜTÜPHANE	/...../.....	

BİRİM AMİRİ

...../...../.....

İMZA/KAŞE