**T.C.**

**KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

İngilizce I-II Muafiyet Sınavına katılmak istiyorum.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Tarih:

Ad – Soyad:

İmza :

Öğrenci Numarası:

T.C. Kimlik Numarası:

Telefon Numarası :

Sınav Tarihi : 20.09.2025 - Cumartesi