T.C.

BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

...../...../20....

Fakültemizin …………………………………………. bölümü ................................... numaralı ….. sınıf öğrencisiyim. ……………………………………………………………... sebebi ile 20….. / 20….. eğitim-öğretim yılında kaydımı dondurmak istiyorum.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Ad Soyad

İmza

**EKİ:**

GSM :

ADRES :