B.U.Ü.

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

……../…….. eğitim öğretim yılı Güz/Bahar yarıyılında Enstitünüz ……………………………………… Anabilim Dalı Yüksek Lisans/Doktora programına kesin kayıt yaptırdım. Öğrenimim süresince askerliğimin tecil edilmesini istiyorum.

 Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim. ……/……/……

Adı ve Soyadı : …….…………………….

İmza : ……….………………….

Adres :

…………………………………………..…

……………………..………………………

Telefon (cep) : ………................................

E-Posta : ....................@....................