B.U.Ü.

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Enstitünüz ………………………………… Anabilim Dalı …..…..….……....… nolu Yüksek Lisans/Doktora öğrencisiyim. Askerlik sevk tehir işlemlerimin kendi isteğimle iptal edilmesini istiyorum.

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

Adı ve Soyadı : …….…………………….

İmza : ……….………………….

Adres :

…………………………………………..…

……………………..………………………

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

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