

BEYANNAME

ADI SOYADI	
BABA ADI	
ANA ADI	
DOĞUM YERİ	
DOĞUM TARİHİ	
UYRUĞU	
MEZUNİYET TARİHİ	
DİPLOMA TARİHİ	
DİPLOMA NO	
İKAMETGAH ADRESİ	

Yukarıda yazılı bilgiler nüfus kaydına göre tarafımdan doldurulmuş olup, diplomanın tescil işlemleri için Sağlık Bakanlığına Gönderilmesini arz ederim.

Mezun olduğum Üniversite : SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

Fakültesi : SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

BÖLÜM :

ÖĞRENCİ NO :

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

Öğrenci İmzası