|  |
| --- |
| **T.C.**  **SELÇUK ÜNİVERSİTESİ**  **SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÖĞRENCİ BİLGİLERİ** | |
| **Adı ve Soyadı** | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |
| **T.C Kimlik No** | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |
| **Doğum yeri / tarihi** | / Tarih girmek için tıklayın veya dokunun. |
| **Numarası** | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |
| **Anabilim Dalı** | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |
| **Programı** | Yüksek Lisans  Doktora  Tezsiz Yüksek Lisans |
| **Durumu** | Ders dönemi  Yeterlik  Tez Dönemi |
| **Döneminiz Y.L.** | 1.  2.  3.  4.  5.  6. |
| **Döneminiz D.R** | 1.  2.  3.  4.  5.  6.  7.  8.  9.  10.  11.  12. |
| **Telefon** | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |
| **Danışmanı** | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |
| **İkametgah adresi** | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |

|  |
| --- |
| **ÖĞRENCİ** |
| Askerlik Görevimi yapmak istediğimden dolayı askerlik sevk tehirimin iptal edilmesini istiyorum.  Gereğinin yapılmasını arz ederim.  Tarih girmek için dokunun  Öğrenci Adı Soyadı  İMZA |

|  |
| --- |
| **DANIŞMAN** |
| Yukarıda kimlik bilgileri bulunan ve danışmalığını yürüttüğüm öğrenci, adı-soyadı ‘ın askerlik görevini yapacağından bilgim dâhilindendir.  Tarih girmek için dokunun  Danışman Adı Soyadı  İMZA |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AÇIKLAMA** | | |
| 1. Bu form Bilgisayarda doldurulmalı ve mavi mürekkepli kalemle imzalanmalıdır. | | |
| Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müd.  Konya / TÜRKİYE | E – Posta : sagbil@selcuk.edu.tr | Telefon : +90 332 2232453  Fax : +90 332 2410551 |