SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
KARAPINAR AYDOĞANLAR
MESLEK YÜKSEKOKULU

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
YABANCI DİLLER YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

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

..... tarihinde yapılacak olan Ortak Zorunlu Yabancı Dil Muafiyet Sınavına girmek istiyorum.

Gereğini saygı ile arz ederim.

Adı Soyadı :----------

İMZAÖğrenci No :----------

Fakülte/Yüksekokulu :----------

Bölümü :----------

Yabancı Dil :----------

NOT : SINAV YERİ VE SAATİ.....TARİHİNDE YÜKSEK OKULUMUZDA DUYURULACAKTIR.

ADRES : .....

.....

.....

EV TLF :
CEP TLF :