**T.C.**

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

Fakülteniz …………………………………. Bölümü ……………………………… numaralı ….. sınıf öğrencisiyim. 20……-20….. Eğitim-Öğretim Yılı ………. Yarıyılında ……………………………………………………………………………….

nedeniyle aşağıda belirtmiş olduğum derslerin çakışmaması için ders saatlerinde değişiklik yapılmasını talep etmekteyim.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Ad Soyad:

T.C. No:

İmza:

|  |  |
| --- | --- |
| **Alttan Alınan Derslerin Adları** | **Çakışmaması İstenen Derslerin Adları** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |