**T.C.**

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

Fakültenizin aşağıda bilgileri bulunan öğrencisiyim. Dilekçemde belirtmiş olduğum talebim hususunda bilgi ve gereğini arz ederim.

Tarih:

İmza:

Öğrencinin Talebi:

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adı Soyadı:

T.C. Kimlik No:

Öğrenci No:

Bölümü:

Sınıfı:

Telefon:

E-posta: