

	T.C. NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu	Doküman Bilgisi
	ZORUNLU YABANCI DİL MUAFİYET BAŞVURU FORMU	Dok. No: FRM/MYO SAĞLIK/27
		İlk Yayın Tar.: 31.12.2024
		Rev. No/Tar.: 00/...
		Sayfa 1 / 1

T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü'ne

Meslek Yüksekokulunuzun _____ Bölümü _____ Programı öğrencisiyim.
____/____/20__ tarihinde gerçekleştirilecek olan Zorunlu Yabancı Dil Muafiyet Sınavı'na katılmak istiyorum.
Gereğini arz ederim. ____/____/20____
Saygılarımla.

İmza

Adı SOYADI

Öğrenci Bilgileri _____ :

T.C. Kimlik / Yabancı Kimlik Numarası :
Öğrenci Numarası :
Cep Telefonu :
Sabit Telefonu :
E-Posta Adresi :

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Orhan Yaman Yüksekokul Sekreteri Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Kalite Birim Sorumlusu	Orhan Yaman Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yüksekokul Sekreteri Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.	Doç. Dr. Kamuran Özdil Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürü V.