



YABANCI DİL MUAFİYET SINAVI BİLDİRİM FORMU



ÖĞRENCİNİN

ADI VE SOYADI

NUMARASI

PROGRAMI / SINIFI

202... / 20.... ÖĞRETİM YILINDA YABANCI DİL MUAFİYET SINAVI

SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

/ /20 tarihinde günü saat 10.00 'da yapılacak olan Yabancı Dil Muafiyet sınavına katılmak istiyorum. Bilgilerine arz ederim.

Öğrencinin İmzası

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

İletişim:

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Tel : 0232 412 47 10-11 Faks: 0232 277 07 39 eposta: saglikhmyo@deu.edu.tr