|  |
| --- |
| …./…./202.. SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE Yüksekokulumuzun ………………………………………………………………….. Programından mezun oldum. GEÇİCİ MEZUNİYET BELGEMİN / DİPLOMAMIN tarafıma verilmesini arz ederim.  |
| ADRES ………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………… İLÇE………… İL…………….. TEL………………………………………………………..…………… E-POSTA  | ADI SOYADI ÖĞR. NO İMZA  |
| **İLİŞİĞİ BULUNMADIĞINI BİLDİRENİN**  |
|  | **ADI SOYADI**  | **TARİH**  | **İMZA**  |
| **ÖĞRENCİ İŞLERİ BİRİMİ**  | Öğrenci İşleri Sorumlusu Savaş DAĞ  |  |  |
| **TIP FAKÜLTESİ KÜTÜPHANESİ**  |  |  |  |
| **ETKİNLİK KORDİNATÖRLÜĞÜ**  | Koordinatör Canip UZUN  |  |  |
| **ÖĞRENCİ İŞLERİ BİRİMİ MEMURU**  |  (Mezun Bilgi Formunun doldurulması ve teslim edilmesi)  |  |  |

**ONAY**

 Funda ZENGİN

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **GEÇİCİ MEZUNİYET /DİPLOMA İSTEK FORMU**  |  |

Yüksekokul Sekreteri V.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| SHMYO-ÖİF 17  | Yayın Tarihi: 21.02.2022  | Güncelleme No:  | Güncelleme Tarihi:24.10.2022  | Sayfa No:  |

SHMYO içi kullanım içindir. Okul dışına çıkarılamaz.