|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| …./…./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.