



T.C.

MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU

..... Bölüm Başkanlığı'na

Bölümünüz Programı

numaralı öğrencisiyim.

Üniversitemiz ilgili birimlerince/...../ 20.... tarihinde yapılacak olan “Ortak Zorunlu Yabancı Dil Dersleri (İngilizce) Muafiyet Sınavı”na katılmak istiyorum.

Gereğini bilgilerinize arz ederim. /...../20....

Adı Soyadı
İmza

Adres:

GSM: