



T.C.
MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU

..... Bölüm Başkanlığı'na

BölümünüzProgramı

..... numaralı sınıf öğrencisiyim.

..... dolayı aktif öğrencilik kaydımın

dondurulmasını talep ediyorum.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim./...../ 20..

Adı Soyadı

İmza

Adres:

TEL:

EK :

.....