

**T.C.**

**AĞRI İBRAHİM ÇEÇEN ÜNİVERSİTESİ Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü**

Yüksekokulunuz………………………………Bölümü……………………..nolu öğrencisiyim. 20…. -20…. Eğitim-Öğretim yılında Uzaktan Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü tarafından yapılacak olan ……………………………………………………..Dersi Muafiyet Sınavına girmek istiyorum

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

..…/…../20.....

Adı Soyadı/İmza

TEL: