

**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: