Muğla Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü

…….. Bölüm Başkanlığı'na

……. Bölüm/Programın …….. numaralı öğrencisiyim. Kendi isteğimle kaydımın silinmesini istiyorum.

Bilgilerini ve gereğini arz ederim.

…../…../…..

Adı Soyadı

İmza

Adres:

……

……..

Telefon: