T.C.

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Tıp Fakültesi Dekanlığı

|  |  |
| --- | --- |
| **BİRİMİ:** | **ADI SOYADI:** |
| **SİCİL NO:** | **ÜNVANI:** |
| ....... /...... ./ ....... tarihinden ....... /....... /....... tarihine kadar ....... gün .................................... kullanmamı müsaadelerinize arz ederim. |
| **İZİNDEKİ ADRESİ:** |
| **AÇIKLAMA:** |
| **TELEFONU:** |
| Ayrılmasında sakınca yoktur......../......./....... | UYGUNDUR......./......./......Zafer DURANFakülte Sekreteri |