



T.C.
İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

T.C.
İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Öğrenci No :
Adı Soyadı :
Anabilim Dalı :
Programı :
Lisansüstü Kademesi : Tezli YL Tezsiz YL Doktora
Durumu : Bil.Haz. Ders Tez/Proje

TALEBİ :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

arz ederim. / / 20....

Lütfen talebinize uygun olan aşağıdaki kutucuğu işaretleyin.

Kayıt Dondurma Kayıt Açtırma Rapor Not Yükseltme Kayıt Silme

Adres :
.....
.....
.....
.....

İmza

.....

Cep Tel No :

BU KISIM ÖĞRENCİ İŞLERİ PERSONELİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR

Rapor Kontrolü

Rapor Süresi İçinde Getirildi mi?

- Evet
 Hayır

Kayıt Kontrolü

Kayıt Yeniledi mi?

- Evet
 Hayır

Harç Kontrolü

Harç Borcu Var mı?

- Evet
 Hayır

Kontrol Eden Tarih/İmza.....